Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Primauté de la personne, respect, solidarité, compétence, innovation

RAPPORT ANNUEL 2014-2015

Centre hospitalier régional du Grand-Portage

CLSC Rivières et marées

Centre d'hébergement Saint-Joseph

Centre d'hébergement de Saint-Antonin

Centre d'hébergement de Saint-Cyprien

Centre de réadaptation en dépendance

Juin 2015

Table des matières

Mot de la présidente du CA et du directeur général 5

Déclaration sur la fiabilité des données 6

1. Plan d'organisation 7

2. Effectifs du personnel et des médecins 8

3. Présentation de l'établissement 10

4. Activités de l'établissement 13

4.1 Planification stratégique 13

4.1.1 Principales réalisations de l'an 1 21

4.2 Entente de gestion 23

4.3 Volume des activités 31

5.1 Direction famille, enfance, jeunesse, santé mentale et santé publique 39

5.2 Direction santé physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées 44

5.3 Direction des services professionnels et du partenariat médical 47

5.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité 48

5.5 Ressources humaines 49

5.6 Ressources financières, matérielles et informationnelles 52

5.7 Communication 54

6 Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services 55

7 Conseils et comités de l'établissement 58

7.1 Conseil d'administration 58

7.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 59

7.3 Conseil multidisciplinaire 60

7.4 Conseil des infirmières et infirmiers (CII) 64

7.5 Comité de gouvernance et d'éthique 67

7.6 Comité de vigilance et de la qualité 68

7.7 Comité des usagers 70

7.8 Comité d'éthique 73

7.9 Comité de gestion des risques 76

7.10 Comité de vérification 82

8. Rapport de direction 85

9. États financiers 86

10. Loi 100 et optimisation 92

11. États du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant 93

12. La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup 94

13. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 95

Mot de la présidente du CA et du directeur général

MME DORIS LALIBERTÉ-KIROUAC
Présidente

M. DANIEL LÉVESQUE
Directeur général

Nous sommes heureux de vous présenter notre rapport annuel de gestion 2014-2015. Encore cette année, nous avons consacré des efforts importants afin de maintenir et améliorer la qualité des services dans un contexte de rareté de ressources.

Les membres du conseil d'administration ont adoptés le bilan de l'an 1 de la planification stratégique de l'organisation. Ceux-ci ont pris la mesure du travail accompli et des défis qui attendent l'organisation. D'ailleurs, vous retrouvez, à la section des activités de l'établissement, les principales actions posées au cours de la dernière année.

En juin dernier, notre établissement a obtenu la certification d'établissement agréé par Agrément Canada. Cette certification est le résultat d'un travail important mené par l'ensemble des intervenants. Il est utile de rappeler que cette certification s'appuie sur les meilleurs pratiques en matière de prestation de services sécuritaires et de qualité. Pour notre personnel, l'amélioration de la qualité est un processus continu et, dans ce contexte, cette certification par Agrément Canada nous encourage à toujours faire mieux pour notre population.

Nous tenons à souligner l'apport important d'un partenaire depuis plus de 25 ans, soit la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup qui, tout au long de l'année, nous a permis de réaliser de nombreux projets pour le bien-être de notre population.

Les travaux majeurs de renforcement sismique et de réfection de l'enveloppe extérieure du Centre hospitalier régional du Grand-Portage se sont poursuivis cette année et se termineront à l'été 2015. Nous sommes conscients que ces travaux apportent leurs lots de contraintes pour notre clientèle et nous la remercions pour sa compréhension et sa patience.

Sur le plan financier, l'année 2014-2015 fut très difficile. En effet, un plan d'optimisation de l'ordre de 2,1M $ a été mis en œuvre. Compte tenu de la hauteur de l'effort demandé, beaucoup d'attention a été consacrée à l'actualisation de ce plan. Tout ce travail a porté fruit, puisque nous avons mis en place un ensemble de mesures qui, à terme, assure l'équilibre budgétaire. Toutefois, l'année financière 2014-2015 se solde par un déficit d'exploitation compte tenu que plusieurs mesures se sont réalisées seulement en cours d'année.

Évidemment, l'adoption, en février dernier, de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux (PL-10) notamment par l'abolition des agences régionales, changera complétement la configuration du réseau régional de la santé et des services sociaux au 1er avril 2015. Notre établissement sera regroupé aux neuf autres établissements de santé et de services sociaux de la région, permettant ainsi la création Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) du Bas-St-Laurent. Au-delà de cette révision de structure, nous sommes intimement convaincus que le personnel, les médecins et les gestionnaires maintiendront et amélioreront les services offerts à notre population.

Merci à tous et nous vous souhaitons une bonne lecture de notre rapport annuel de gestion 2014-2015.

Déclaration sur la fiabilité des données

À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

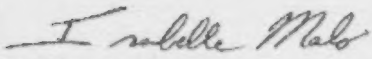
Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2014-2015 du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2015.

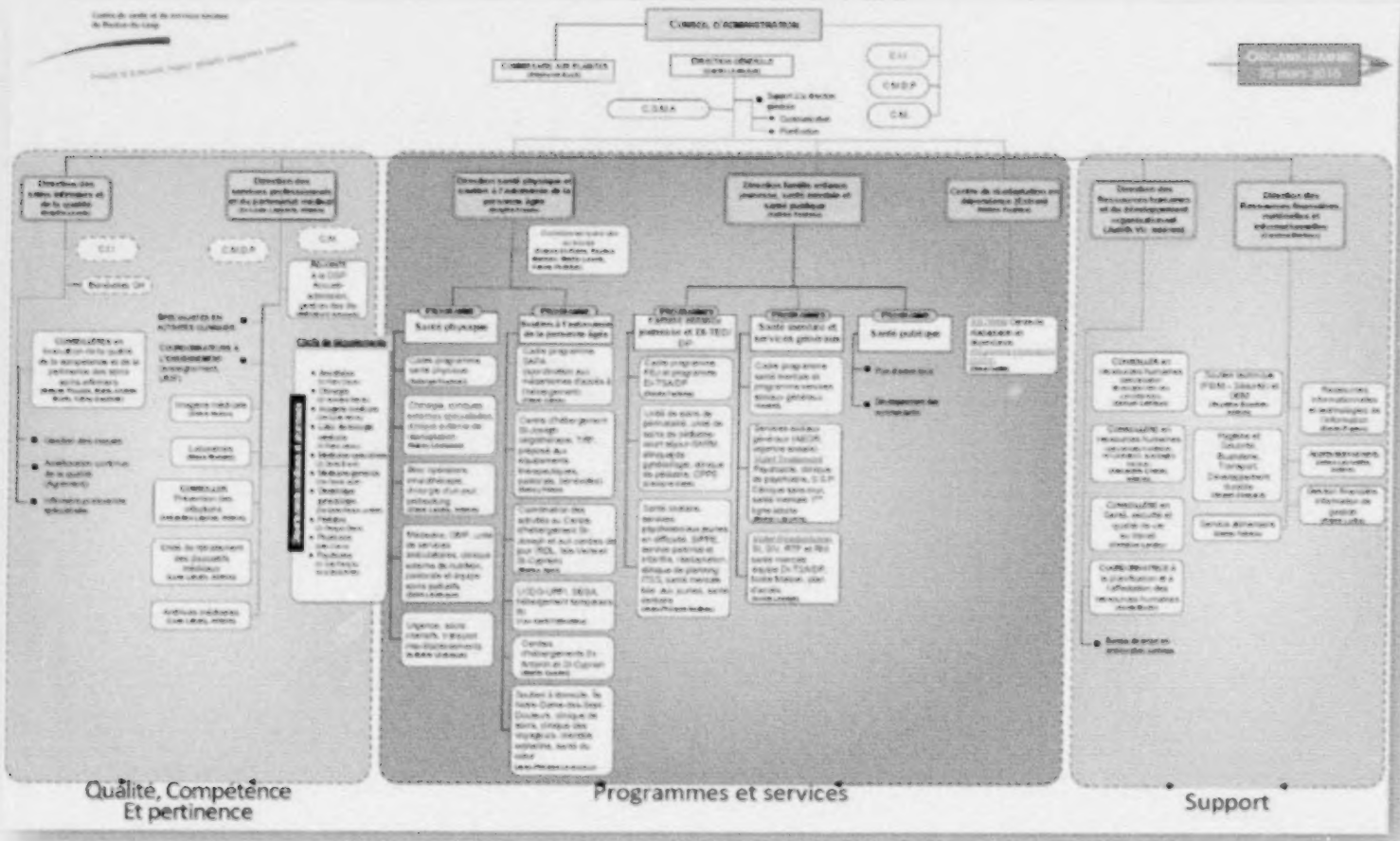
Signé à Rivière-du-Loup, le 31 mars 2015.

Daniel Lévesque, CPA, CA
Directeur général
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup



Isabelle Malo
Présidente-directrice générale
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

1. Plan d'organisation



2. Effectifs du personnel et des médecins

A. Effectifs du personnel au 31 mars 2015

	2014-2015	2013-2014
Cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	39	42
Temps partiel Nombre de personnes : équivalent temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	5	6
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	1
Employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	627	630
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet (a) (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	232	288
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	1
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	410,892	387,537
Équivalents temps complet (b)	212	212

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les cadres et les employés réguliers :
Nombre d'heures de travail selon le contrat de travail;
Divisé par : nombre d'heures de travail d'un employés à temps complet du même corps d'emploi

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante :
Nombre d'heures rémunérées;
Divisé par : 1 826 heures

B. Membres du CMDP (actifs et honoraires) au 31 mars 2015

Département anesthésiologie
Chiasson, Hubert
D'Amours, Jean-François
Dolbec, Pierre
Gagnon, Pierre-Olivier
Khefif, Ghania
Simoneau, Noélla
Thériault, Stéphane

Département chirurgie
Service - chirurgie générale
Arsenault, Jean-Pierre
Blanchet, Richard
Gaudreault, Judith
Gervais, Normand
Lapointe, Louis

Service-chirurgie maxillo-faciale
Michaud, André

Service-ophtalmologie
Gravel, Céline
Grenier, Réjean
Chergui, Assia

Service-O.R.L.
Côté, André
Roussel, Guy

Service-orthopédie
Carreras, Francisco
Cojocaru, André-Nicolas
Dudon, Emmanuelle
Perreault, René
Salman, Raed

Service–urologie
Boisvert, Isabelle
Gagnon, Nathalie

Département imagerie médicale
Service-radiologie-échographie
Blanc, Mathieu
Buteau, Geneviève
Dumais, Dany
Harvey, Sylvie
Morin, François-D.
Ouellet, Annie

Département laboratoire bio-médical
Service-anatomopathologie
Gagnon, Sylvie

Service – microbio.-infectiologie
Harvey, Pierre
Moisan, Danielle

Département méd. spécialisée
Service-dermatologie
Drouin, Christian-Allen

Service-médecine interne
Beaudoin, Carl-Frédéric
Brunet, Daniel
Carignan, Susanne
Czech, Éric
Gagnon, François
Landry, Jean-François
Lefebvre, Martin
Martineau-Beaulieu, Dominic
Raymond, Daniel
Verret, Benoît

Service-neurologie
Atlig, Ezzédine
Beniar, Mativana

Département médecine générale
(avec privilèges en obstétrique)
Bergeron, Marie-Eve
Deschênes, Annie
Gagnon-Ouellet, Caroline
Leblanc, Marie-Hélène
Poulin, Ève-Marie
Villemure, Jacques

(sans privilèges en obstétrique)
Bastien, Nancy
Belzile, Marie-France
Boudreau, Christine
Caron, Jacques
Drolet, Marianne
Gagnon, Valérie-Anne
Gougoux, Fanny
Hamelin, Bernard
Hérard, Jean-François
Lachance, Sylvain
Lajoie, Carole
Lang, Isabelle
Lapointe, Andréanne
Larivière, Marie-Ève
Lemay-Roy, Claudia
Mallais, Lucie
Michaud, Sarah
Moorjani, Anoo
Munger, André
Noël, Luc
Paradis, Éric
Plourde, Isabelle
Savard, Gilles
Soucy, Geneviève
St-Pierre, Mélanie
Tardif, Marc
Vallée, Marie-Michèle

Département obstétrique-gynécologie
Lambert, Marie-France
Nadeau, Yves
Plourde, Diane

Département pédiatrie
Service–pédiatrie
Caissie Roméo
Charest, Véronie
Desrosiers, Lucie
Déziel, François
Ouellet, Linda
Sauvageau, Jean-Paul

Département pharmacie
Beaudoin, Marc
Bélanger, Sara
Desrochers, Jean-François
Dionne, Alain
Laflance, Martine
Lagacé, Julie
Malenfant, Mylène
Picard, Anne-Marie

Département psychiatrie
Binet, Stéphanie
Bossé, Geneviève
Cormier, Julie
De la Sablonnière, Jean-François
De Vriendt, Xavier
Gougoux, David
Marquis, Élizabeth
Mélen, Véronique
Tremblay, Emmanuel

Département santé publique
Nadeau, Aubert
Pouliot, Bernard
Roussel, Renée

Membres honoraires
Beaulieu, Jean-Pierre
Côté, Richard
Dubé, Edgar
Dugas, Paul
Rioux, Henri
Villeneuve, Claude

3. Présentation de l'établissement

Le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Le Centre de santé et de service sociaux de Rivière-du-Loup (CSSS RDL) répond à quatre missions : centre hospitalier de courte durée, centre local de services communautaires, centre d'hébergement de soins de longue durée et centre de réadaptation en dépendance. Il offre donc une gamme étendue de soins de santé et de services sociaux dans la MRC de Rivière-du-Loup, dans sa région élargie pour certains services (KRTB) et même dans tout le Bas-Saint-Laurent. Plus de 1 400 personnes y sont employées ainsi que 106 médecins.

Le CSSS de Rivière-du-Loup offre ses services dans cinq installations physiques et dans des points de service répartis dans les différentes municipalités de la région : le Centre hospitalier régional du Grand-Portage, le Centre d'hébergement Saint-Joseph (121 places), le Centre d'hébergement de Saint-Antonin (38 places) et le Centre d'hébergement de Saint-Cyprien (20 places), le CLSC Rivières et marées, situé à Rivière-du-Loup, Saint-Épiphane, Saint-Cyprien, L'Isle-Verte et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs. Le CSSS RDL offre aussi les services d'un centre de réadaptation en dépendance qui est déployé dans chacune des huit MRC du Bas-Saint-Laurent.

Notre CSSS offre aussi différentes ressources intermédiaires et familiales qui procurent un milieu sécuritaire aux personnes qui ne peuvent plus rester à domicile, mais qui ne nécessitent pas d'être dans un établissement de soins de longue durée ou à des personnes vivant un problème de santé mentale.

La clientèle

La population de la MRC de RDL est desservie par notre établissement pour tous les services de 1re ligne. Le CSSS RDL offre des services hospitaliers de courte durée à la population des MRC de RDL et des Basques. Quant aux services hospitaliers spécialisés offerts par le CSSS RDL, ils s'étendent à tout le KRTB (Kamouraska, Rivière-du-Loup, Témiscouata, Les Basques) et même à une partie de l'ouest du Nouveau-Brunswick. Les services spécialisés en santé mentale du CSSS RDL couvrent le KRTB.

La MRC de Rivière-du-Loup compte plus de 35 000 habitants.

La population du KRTB était de 199 977 personnes au recensement de 2011.

3 214 personnes ont 75 ans et plus dans la MRC (2014).

56 % de la population de notre RLS considèrent leur santé comme étant très bonne ou même excellente.

Quant à la population desservie par le Centre de réadaptation en dépendance du BSL, soit celle de l'ensemble du Bas-Saint-Laurent, elle était de 199 977 personnes au recensement de 2011. Les taux de prévalence reconnus chez les personnes de 15 ans et plus pour le jeu pathologique (0,8 %), la dépendance à l'alcool (1,9 %) et la dépendance aux drogues illicites (0,8 %) nous permettent d'estimer, à partir des données du recensement 2011, un volume potentiel de clientèle des gens ayant une dépendance de 6 000 personnes pour la région[1].

(Source : planification stratégique 2013-2016 - CSSS RDL).

MRC de Rivière-du-Loup		
Population totale (2012)	34 302 hab.	
0-14 ans	5 199 hab.	15 %
15-24 ans	3 794 hab.	11 %
25-44 ans	8 342 hab.	24 %
45-64 ans	10 543 hab.	31 %
65 ans et plus	6 424 hab.	19 %

Population | MRC du KRTB		
Rivière-du-Loup	population totale (2012)	34 302 hab.
Kamouraska	population totale (2012)	21 154 hab.
Les Basques	population totale (2012)	18 205 hab
Témiscouata	population totale (2012)	20 987 ha

[1] Statistique Canada *Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. 2004*. www.statcan.gc.ca

Les installations du CSSS de Rivière-du-Loup

Le Centre hospitalier régional du Grand-Portage (CHRGP)
Le centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Tél. : 418 868-1000 (information générale)
Tél. 418 868-1010 (composez le 5 et ensuite le numéro de chambre)
Tél. : 418 868-1020 (rendez-vous)

Le Centre local de services communautaires, le CLSC Rivières et marées
22, rue St-Laurent
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4W5
Renseignements : 418 868-1000
Points de service : Saint-Épiphane, Saint-Cyprien, L'Isle-Verte
et Notre-Dame-des-Sept-Douleurs

Le Centre d'hébergement Saint-Joseph
28, rue Joly
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 3H2
Renseignements : 418 868-1000 (entre 8 h et 21 h 30)

Le Centre d'hébergement Saint-Antonin
286, rue Principale
Saint-Antonin (Québec) G0L 2J0
Renseignements : 418 868-1000

Le Centre d'hébergement Saint-Cyprien
101-C, rue Collin, C. P. 325
St-Cyprien (Québec) G0L 2P0
Renseignements : 418 868-1000

Le Centre de réadaptation en dépendance du BSL
75, rue St-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Tél. : 418 868-1010, poste 2355

MISSION

Assurer à la population et aux communautés de la MRC de Rivière-du-Loup des conditions de maintien, de rétablissement et de renforcement de la santé et du bien-être de chaque personne et la dispensation de services sécuritaires et de qualité pour la clientèle. Assurer aux Centres de santé et de services sociaux du KTB (CSSS), un partenariat donnant accès aux services spécialisés pour leur population, incluant des services d'hospitalisation spécifiquement pour la population des Basques, dans une perspective de complémentarité et de responsabilité partagée. Assumer auprès de la population du Bas-Saint-Laurent la responsabilité partagée de réadaptation en ce qui regarde les problèmes de dépendance. Assurer la mise en œuvre d'un réseau local de services et l'implantation de corridors de services visant à assumer les quatre mandats dont il a la responsabilité exclusive pour les territoires desservis, par le biais de :

- Centre local de services communautaires (CLSC);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (courte durée);
- Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT).

VISION

Dans le cadre de sa mission, on voit le CSSS de Rivière-du-Loup sur un horizon de 10 ans comme un établissement reconnu :

- pour la qualité et la pertinence de sa réponse aux besoins de la population qu'il dessert;
- pour la solidarité et la bienveillance dont il fait preuve envers les personnes et les communautés;
- pour sa performance et son utilisation responsable des personnes et des ressources à sa disposition;
- pour son leadership local et régional en matière de santé et de bien-être, basé sur le savoir, la compétence et l'implication des personnes qui y œuvrent;
- pour son milieu de travail humain, mobilisant, sécuritaire et attractif;
- comme un modèle dans la promotion de la santé et d'une saine hygiène de vie.

VALEURS

Primauté de la personne

Le CSSS de Rivière-du-Loup étant avant tout une organisation constituée essentiellement de personnes qui donnent des services à des personnes, il est donc primordial que la personne soit une valeur fondamentale qui est prise en considération dans toute décision ou action posée par notre établissement. Aussi, l'authenticité, la reconnaissance, la communication, la responsabilisation, l'équité, la coopération, la connaissance des besoins et attentes des personnes sont les assises fondamentales sur lesquelles s'appuie cette valeur humaniste.

Respect

Le respect guide les actions du CSSS de Rivière-du-Loup. En premier lieu bien sûr, c'est le respect de la personne qui est au centre de nos priorités. C'est donc le respect de la clientèle, de ses proches, de toutes les personnes qui contribuent de près ou de loin aux services que le réseau peut offrir à cette clientèle, de même que le respect entre collègues de travail. Mais aussi le respect peut et, dans notre cas, doit s'adresser aussi aux concepts humains, notamment, la dignité, la confidentialité et la sécurité, de même qu'aux objets, que ce soit équipement, matériel ou bâtiment.

Solidarité

Le CSSS de Rivière-du-Loup s'appuie fortement sur les valeurs essentielles de solidarité et d'entraide pour appuyer tant les personnes qui œuvrent en collégialité à l'atteinte de la mission de l'établissement que celles qui participent au développement des personnes et des communautés.

Compétence

Étant un établissement qui donne des services de santé et des services sociaux de nature professionnelle, la compétence des personnes qui y œuvrent est alors essentielle et déterminante sur la qualité des services offerts. Le savoir, le savoir-être, le savoir-faire et le faire-savoir (l'information) sont des composantes importantes de la connaissance qui s'appuient aussi sur la reconnaissance de la compétence de la population.

Innovation

La capacité d'innover et d'être créatif constitue un élément sur lequel se base le CSSS de Rivière-du-Loup pour atteindre ses objectifs avec les ressources à sa disposition. L'ouverture de l'organisation et de son personnel face aux nouvelles façons de faire sert utilement cette valeur d'innovation.

4. Activités de l'établissement

4.1 Planification stratégique

Notre planification stratégique s'appuie sur la mission de l'établissement :

La mission du CSSS de Rivière-du-Loup est d'assurer des services de santé et des services sociaux orientés vers l'amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population qu'il dessert, en favorisant et sollicitant sa contribution active.
Pour réaliser sa mission, le CSSS de Rivière-du-Loup opère :

- un Centre local de services communautaires (CLSC) qui dessert la population de la MRC de Rivière-du-Loup (le CLSC Rivières et marées);
- des Centres d'hébergement qui desservent également la population de la MRC de Rivière-du-Loup (le Centre d'hébergement St-Joseph, le Centre d'hébergement de Saint-Cyprien, le Centre d'hébergement de Saint-Antonin);
- un Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) qui dessert la population des MRC de Rivière-du-Loup et des Basques, mais également celles des MRC de Témiscouata et Kamouraska pour les spécialités de 2e ligne (le Centre hospitalier régional du Grand-Portage);
- un Centre de réadaptation en dépendance (CRD) qui dessert la population du Bas-Saint-Laurent.

La planification stratégique propose une vision intégrée de l'établissement. Elle pose les jalons du développement d'une organisation intégrant d'avantage les différentes dimensions de sa mission. Enfin, notre planification stratégique est en cohérence avec les plans stratégiques des Ministères de la Santé et des Services Sociaux et de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent.

Vous retrouverez, dans les pages suivantes, les enjeux les orientations stratégiques, les objectifs et les cibles pour la période 2013-2016.

ENJEU 1
LA MISE EN RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
1. Compléter la mise en place d'un RLS	Mettre en place les conditions favorables pour déployer sur le territoire le réseau local de services (RLS) en soutien à l'exercice de notre responsabilité populationnelle.	100 % des activités réalisées en 2016.
	Maintenir le partenariat avec les organismes intersectoriels dans le cadre des actions visant la tenue d'activités promotionnelles et préventives (comprenant celles visant des environnements favorables) et apportant une meilleure réponse aux besoins des différentes clientèles.	Augmentation du nombre d'activités réalisées. Création d'une table territoriale médicale en 2014, d'une table intersectorielle SAPA en 2015 et d'une table DI-TED en 2014.
2. Déployer le plan d'action local en santé publique	Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection de la santé, prévues au Plan d'action local en santé publique (PAL).	90 % des cibles auront été atteintes en 2015-2016.

	Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de 1re ligne en donnant la priorité aux pratiques cliniques préventives touchant les problèmes suivants : ITSS, habitudes de vie et maladies chroniques, prévention des chutes chez les personnes âgées et prévention du suicide.	85 % des PCP implantées en 2016.
3. Assurer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés non disponibles localement et la continuité de ces services entre eux et avec les services de 1re ligne	Assurer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés en priorisant les services régionaux en place et assurer la continuité de ces services entre eux et avec ceux de 1re ligne.	Augmentation du nombre d'ententes de services signées entre les établissements et le CSSS de Rivière-du-Loup.

ENJEU 2 :

LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE 1RE LIGNE DANS UNE PESPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
4. Améliorer l'accès aux services médicaux généraux touchant toute la population	Assurer la prise en charge des clientèles orphelines par les médecins de famille, en priorisant les clientèles vulnérables.	Augmentation.
	Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne.	Ajout d'une 2e infirmière en 2014.
	Faciliter l'accès aux plateaux techniques spécialisés et aux services médicaux spécialisés pour les patients en provenance des services de 1re ligne (GMF et cliniques médicales).	Augmentation. Mise en place progressive d'un accueil clinique au début de 2014.
	Optimiser le rôle des professionnels (autres que les médecins) dans les GMF.	Augmentation.
	Poursuivre les efforts de recrutement des médecins de famille.	90 % annuellement.
5. Améliorer l'accès aux services sociaux généraux	Assurer un accès selon les standards fixés, à toute personne de la MRC qui s'adresse au CSSS (mission CLSC) pour obtenir une réponse à un besoin social ou psychologique et une orientation vers les services appropriés, si nécessaire.	Augmentation du nombre d'usagers desservis. Augmentation du nombre d'interventions moyennes réalisées par usagers.
6. Améliorer la réponse aux besoins des personnes	Réviser et actualiser le projet clinique en intégrant les partenaires intersectoriels.	Révision à 100 % du projet clinique en 2016.

âgées à risques ou en perte d'autonomie (SAPA)	Poursuivre la mise en œuvre d'un réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA).	75 % d'implantation du réseau de services intégrés d'ici 2016. 100 % des personnes âgées de 75 ans et +, ayant un Prisma 7 positif faisant l'objet d'un accompagnement par le CSSS d'ici 2016.
	Définir et s'assurer d'une offre de services de soutien à domicile pour l'ensemble des clientèles susceptibles de requérir ces services, incluant les familles et les proches-aidants, selon les profils de besoins, les milieux de vie.	Application des critères d'accès : 100 % des clients répondant aux critères. Augmentation du nombre d'heures de répit offertes à domicile. Augmentation de 2 800 heures en nombre total d'heures directes de services de soutien à domicile. Nombre de personnes rejointes et intensité des services rendus : selon l'entente de gestion.
	Soutenir l'intégration de la prévention dans les services de 1ère ligne, dans les cliniques privées et les GMF, en donnant la priorité aux pratiques cliniques préventives touchant les chutes chez les personnes âgées.	Augmentation.
	Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées.	100 % des composantes mises en place d'ici 2015.
	Poursuivre la mise en place des conditions favorisant l'amélioration de l'approche milieu de vie en centre d'hébergement (et en ressources résidentielles?).	Adoption et application de 100 % des mesures d'ici 2016
7. Améliorer l'accessibilité et la continuité des services de soins palliatifs (projets clinique maladies chroniques et cancer)	Améliorer la prise en charge des besoins des personnes souffrant de maladies chroniques.	Implantation du suivi systématique MPOC : 2014. Nombre de suivis systématiques MPOC réalisés : augmentation. Nombre de personnes MPOC consultant à l'urgence : Diminution. Nombre de personnes suivies en maladies chroniques : selon entente de gestion. Nombre de personnes suivies en réadaptation : augmentation.

	Développer un projet pour optimiser progressivement le rôle du pharmacien dans la communauté dans un contexte de collaboration interprofessionnelle dans le suivi des maladies chroniques.	Selon les échéanciers régionaux.
	Consolider la coordination des soins et des services en oncologie et poursuivre les activités de dépistage.	Révision du continuum des soins et des services de lutte contre le cancer : Projet réalisé et actualisé en 2014. Nombre de références à la maison des soins palliatifs : augmentation.
	Assurer un continuum de dispensation des services en soins palliatifs de fin de vie quel que soit le lieu de dispensation des services, mais en favorisant le soutien à domicile.	Augmentation du soutien à domicile. Nombre de références à la maison des soins palliatifs : augmentation.
8. Améliorer la réponse aux besoins des personnes à risque ou atteintes de troubles mentaux (projet clinique santé mentale)	Assurer aux personnes ayant un problème de santé mentale l'accès aux services de 1re ligne à l'intérieur de 30 jours et aux services de 2e ligne dans un délai de 60 jours.	90 % des personnes en 2015-2016 selon les ententes de gestion.
	Améliorer l'intégration des pratiques cliniques préventives en prévention du suicide	Pourcentage des pratiques cliniques ayant fait l'objet d'activités de soutien : 85 % des activités en 2015-2016. Présence d'une offre de service concertée avec le Centre de prévention suicide du KRTB : entente de services signée avec le CP.
9. Améliorer, sur la base des travaux en cours, la réponse aux besoins de la clientèle des jeunes à risque ou ayant des difficultés et leur famille (projet clinique Famille-enfance-jeunesse)	Présence d'un programme d'intervention en négligence fonctionnel pour l'ensemble du territoire (AIDE).	Nombre d'usagers desservis et nombre moyen d'interventions par usager : selon les ententes de gestion.
10. Améliorer la réponse aux besoins des personnes ayant une déficience physique et améliorer la continuité des services pour la clientèle vivant avec une DI ou un TED	Consolider l'accès à un diagnostic d'un trouble envahissant du développement chez les enfants préscolaires dans un délai raisonnable.	Selon l'entente de gestion.
	Consolider l'offre service en DI-TED et DP en 1re ligne en complémentarité avec le CRDI-TED et CRDP l'Interaction ainsi que les partenaires du réseau.	1 entente conclue avec chaque établissement régional.

	Améliorer l'accès aux services de maintien à domicile et diversifier l'offre de service en milieu de vie.	Présence d'activités de répit et de soutien à la famille (Aventure Ado et la Clé des Champs : Augmentation du nombre d'activités. Présence d'offre de service en soutien à domicile à la hauteur des besoins de la clientèle : Augmentation du nombre d'activités réalisées dans le cadre du Fonds de soutien aux personnes handicapées.
	Assurer aux personnes ayant une déficience un accès aux services dont elles ont besoin dans des délais établis selon le plan d'accès.	90 % des personnes traitées dans les délais établis en 2016.
11. Améliorer la réponse aux besoins des personnes vivant avec une dépendance	Finaliser la mise en place des trajectoires de services pour assurer l'accès à une offre de service de 1ère ligne en dépendance.	Ententes de service signées en 2014.

ENJEU 3
LA CONSOLIDATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX SPÉCIALISÉS ET LE DÉVELOPPEMENT PROGRESSIF DE NOUVEAUX SERVICES

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
12. Améliorer l'accessibilité et la continuité des services spécialisés en santé physique et en santé mentale au KRTB	Assurer aux personnes ayant un problème de santé mentale l'accès aux services de 2e ligne dans un délai de 60 jours.	90 % des personnes en 2016.
	Assurer pour les personnes ayant un problème de santé mentale grave l'accès aux services d'intégration dans la communauté (via un programme d'intégration)	Augmentation.
	Rehausser la capacité de réadaptation des ressources résidentielles en santé mentale sur le territoire du KRTB (via un programme de réadaptation).	Nombre d'activités de réadaptation réalisées dans les ressources résidentielles : augmentation. Nombre de PI, PII et PSI présents au dossier des usagers : augmentation.

	Assurer aux personnes en attente d'une chirurgie un accès dans un délai de 6 mois.	90 % des personnes.
	Assurer aux personnes atteintes de cancer les services chirurgicaux à l'intérieur de 28 jours.	90 % des personnes.
	Réduire la durée des séjours sur civière à l'urgence en portant une attention particulière aux personnes de 75 ans et plus et aux personnes présentant des problèmes de santé mentale.	Pourcentage des séjours de 24 heures et plus sur civière : <10 % d'ici 2015. Séjour moyen sur civière : <11 heures.
	Assurer l'accès en imagerie médicale, en coloscopie et en cliniques externes spécialisées dans les délais prescrits.	Selon les ententes de gestion.
13. Améliorer la réponse aux besoins des clients nécessitant des services en dépendance au BSL	Améliorer l'accessibilité et le continuum des services en dépendance de 2e ligne (Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent).	Présence d'une trajectoire de services connue entre les CSSS et le CRD du Bas-Saint-Laurent : Nombre d'usagers référés. Présence d'entente de services entre le CRD Bas-Saint-Laurent et les organisations accréditées en dépendance : Augmentation du nombre d'ententes signées. Présence d'un programme réinsertion sociale : nombre d'usagers référés.
	Consolider la mise en place de services atteignant les meilleurs standards de qualité.	Mise en place de l'évaluation GAIN : augmentation du nombre d'évaluation GAIN réalisées. Nombre d'heures de formation réalisée en développement des compétences : augmentation.
14. Consolider la position sous régionale et régionale dans l'accès aux services spécialisés.	Offrir le service de chirurgie bariatrique.	100 chirurgies bariatriques par année à partir de 2015.
	Consolider l'implantation du projet régional en traitement de la douleur	Augmentation.
	Développer et mettre en place un programme sous régional d'insuffisance rénale.	Nombre de clients suivis en clinique PRÉVOIR : augmentation Mise en place d'un service d'hémodialyse pour le KRTB : 2014.
	S'assurer du continuum de services pour les clients atteints d'AVC.	Augmentation.

	Documenter et améliorer la couverture sous-régionale des services spécialisés	Population sous-régionale desservie : augmentation. Actualisation des projets en cours (services de pharmacie et laboratoire-Optilab) : 2016.
	Poursuivre les efforts de recrutement des médecins spécialistes.	90 %.

ENJEU 4
LE REHAUSSEMENT DU NIVEAU DE PERFORMANCE ORGANISTIONNELLE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
15. Poursuivre la mise en place de meilleures pratiques en matière de gouvernance	Maintenir et renforcer la performance des membres du conseil et des équipes de direction.	Reconnaissance par le processus d'agrément : 70 % des normes 2014
	Consolidation de l'image organisationnelle	Présence d'un plan de communication globale (interne et externe) : 2014
16. Élaborer un plan global d'optimisation	Élaborer et actualiser un plan triennal	Atteinte des cibles financières : selon l'entente de gestion. Nombre de projets réalisés touchant l'accessibilité : Augmentation. Nombre de projets réalisés touchant l'efficience dans l'organisation du travail.
17. Maintenir, améliorer et adapter le parc immobilier	Finaliser le plan directeur clinique immobilier.	Présence d'un plan directeur clinique immobilier : 2014. Actualisation du plan d'opérationnalisation : en continue. Mise à jour et déploiement des plans triennaux de maintien des actifs : 90 % des projets réalisés.
18. Assurer l'accès, la circulation, la sécurité et l'intégration de l'information clinique et administrative par les technologies de l'information	Déployer le Dossier Clinique Informatisé (DCI).	Selon les échéanciers régionaux.
	Déployer le Dossier Santé Québec (DSQ)	Selon les échéanciers régionaux.
	Mise à jour et déploiement du plan triennal des autres projets en maintien et développement.	Nombre de projets réalisés : 90%. Maintien de l'âge moyen du parc d'équipements : à l'intérieur de 5 ans

		Audit en sécurité : en continu.
19. Assurer la qualité et la sécurité des soins et services	Développer une gestion intégrée des risques.	100 % en 2015.
	Assurer l'intégration des meilleures pratiques en soins et services.	Augmentation.
20. Développer la culture d'amélioration de la qualité	Actualiser le cadre de référence adopté en amélioration continue de la qualité.	Maintien de l'agrément : 2014. Présence d'une stratégie d'actualisation du cadre de référence : 2014. Nombre d'actions réalisées : augmentation.

ENJEU 5
L'ATTRACTION ET LA FIDÉLISATION DES RESSOURCES HUMAINES

ORIENTATIONS	OBJECTIFS	CIBLES
21. Mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité et à la fidélisation d'une main-d'œuvre compétente répondant aux besoins de la population	Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre en identifiant les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles.	Diminution selon la cible locale annuelle et/ou l'entente de gestion.
	Mettre en place une stratégie de gestion intégrée de la présence au travail.	Ratio d'heures en assurance-salaire par rapport aux heures travaillées : diminution selon la cible locale annuelle et /ou l'entente de gestion. Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires : diminution selon la cible locale annuelle et/ou l'entente de gestion. Pourcentage des heures travaillées par du personnel professionnel en main-d'œuvre indépendante : diminution.
	Produire et mettre à jour un plan de développement des ressources humaines.	Annuellement.
22. Offrir un milieu de travail attrayant, stimulant, sécuritaire et valorisant	Améliorer la mobilisation du personnel.	Atteindre les meilleures pratiques du conseil d'agrément.
	Améliorer les programmes d'accueil et d'orientation des nouveaux employés	Présence de programmes d'accueil général : 2015. Présence de programme structuré par catégorie d'emploi : 2015.

	Favoriser l'adaptation de la relève professionnelle et cadre.	Nombre de professionnels bénéficiant d'encadrement clinique : augmentation. Nombre d'employés bénéficiant du programme de relève des cadres : augmentation.
	Élaborer un plan d'action en santé et sécurité au travail.	Annuellement.

4.1.1 Principales réalisations de l'an 1

Vous retrouverez, dans les pages suivantes, les résultats de la première année de la mise en œuvre de notre planification stratégique.

ENJEU 1
LA MISE EN RÉSEAU DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Mise sur pied du comité stratégique intersectoriel.
- Mise en place d'activités visant des environnements favorables.
- Mise en place d'une Table territoriale médicale.
- Mise en place d'une Table intersectorielle DI-TED.
- La majorité des pratiques cliniques en promotion, prévention et de protection de la santé sont implantées ou en cours d'implantation.
- Entente de services avec le CRDP L'InterAction.
- Ententes en imagerie médicale avec le Témiscouata, le Kamouraska et Les Basques.
- Entente en anesthésie avec le Kamouraska.

ENJEU 2
LA PRIMAUTÉ DES SERVICES DE 1RE LIGNE DANS UNE PERSPECTIVE D'INTÉGRATION ET DE HIÉRARCHISATION DES SERVICES

- Prise en charge des clientèles orphelines par les médecins de famille, en priorisant les clientèles vulnérables (5 800 clients en janvier 2014, 1 800 clients en mars 2015).
- Intégration de la deuxième IPSPL depuis septembre 2014.
- Entente formelle entre le CSSS et le GMF.
- Projet-pilote de rehaussement des compétences des infirmières en GMF en cours.
- En 2014, 87 % du plan d'effectifs médicaux est comblé.
- Le réseau de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) est implanté à 74 %.
- 60 % des pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées en centre hospitalier ont été implantées.
- 84 % des adultes ont accès, dans les 60 jours et moins, au service de 2e ligne en santé mentale.
- La majorité des intervenants ont été formés aux pratiques cliniques préventives en prévention du suicide.
- Le programme négligence est implanté et les outils AIDE sont en cours de déploiement auprès des équipes 0-20 ans FEJ.
- Pour la clientèle ayant un trouble envahissant du développement, réduction du délai d'attente (entre 3 à 6 mois).
- Le Camp Aventure Ado s'est tenu à l'été 2014. 14 jeunes et leurs familles ont pu bénéficier de leurs services.

- Le plan d'accès est respecté à près de 100 % pour les personnes ayant une déficience.

ENJEU 3
LA CONSOLIDATION DE L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX SPÉCIALISÉS ET LE DÉVELOPPEMENT PROGRESSIF DE NOUVEAUX SERVICES

- Respect, à 100 %, du délai de six mois pour les personnes en attente d'une chirurgie.
- 75 personnes ont bénéficié du service de chirurgie bariatrique.
- Projet régional en traitement de la douleur implanté.
- Mise en place d'un programme sous-régional d'insuffisance rénale.
- Mise en place du continuum de services pour les clients atteints d'AVC.
- 92 % du plan d'effectifs médicaux spécialisés est atteint.

ENJEU 4
LE REHAUSSEMENT DU NIVEAU DE PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES

- Obtention de la certification d'Agrément Canada 2014-2018.
- Actualisation du plan d'optimisation de 2,1 M$.
- Poursuite des travaux de rénovation majeurs (sismique et groupe électrogène).

ENJEU 5
L'ATTRACTION ET LA FIDÉLISATION DES RESSOURCES HUMAINES

- Plan de main-d'œuvre réalisé au 30 septembre 2014.
- Le plan de développement des ressources humaines est réalisé pour 2014-2015.
- Mise en place du programme d'accueil des nouveaux employés.
- Mise en place du programme d'orientation en soins infirmiers structuré.
- Mise en place d'un plan d'action en santé et sécurité au travail.

4.2 Entente de gestion

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015	% ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2013-2014	COMMENTAIRES ANNÉE 2014-2015
1.1 Santé publique						
1.01.12. B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12e semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (Prénatale), au cours de l'année de référence.	0.5	0.37	73 %	0.12	Un plan d'action est en actualisation. On dénote une nette amélioration par rapport à l'année 2013-2014
1.01.12. B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (Postnatale 1), au cours de l'année de référence.	1.0	0.85	85 %	0.50	
1.01.12. B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (Postnatale 2), au cours de l'année de référence.	0.5	0.35	70 %	0.09	
1.01.12. B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (Postnatale 3), au cours de l'année de référence.	0.25	0.11	42 %	0.01	
1.01.13-EG2	Pourcentage d'écoles qui implantent l'approche École en santé (AÉS).	65.0	100.0	154 %	29.4	
1.01.14-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin DCaT-VPI-Hib ou DCaT-HB-VPI-Hib dans les délais.	90.0	93.1	103 %	88.8	
1.01.15-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais.	90.0	75.0	83 %	72.2	
1.01.16.01-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) dans les délais.	90.0	85.3	95 %	71.9	
1.01.17-EG2	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel.	Comité fonctionnel 100.0	100.0	100 %	100.0	
1.01.18-EG2	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.	Programme existant 100.0	100.0	100 %	100.0	
1.01.19.1-PS	Pourcentage de centres hospitalisers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis. (Diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi.	1.8	NA	3.1	

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015	% ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2013-2014	COMMENTAIRES ANNÉE 2014-2015
1.01.19.2-PS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (SARM).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi.	3.5	NA	4.7	
1.01.19.3-PS	Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis (bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs).	Maintien des taux d'infection inférieurs au seuil établi.	0.0	NA	2.1	
1.01.20-PS	Pourcentage des activités du PNSP implantées (par questionnaire aux 2 ans).	85.0	-	NA	NA	
1.1 Santé publique - Prévention et contrôle des infections nosocomiales						
1.01.11A-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	ND	100.0	NA	100.0	
1.01.11B-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	ND	0.0	NA	0.0	
1.01.11D-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHPSY	ND	100.0	NA	100.0	
1.2 Services généraux - Activités cliniques et d'aide						
1.02.02-EG1	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC).	316	1157	366 %	984	
1.02.03-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC).	2.43	2.69	111 %	2.39	
1.3 Soutien à l'autonomie des personnes âgées						
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC).	59215	61670	104 %	67207	

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015	% ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2013-2014	COMMENTAIRES ANNÉE 2014-2015
1.03.06-PS	Degré d'implantation des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA).	70	84.56	121 %	74	
1.4 Déficience physique						
1.45.04.01-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	90.0	88.2	98 %	94.9	
1.45.04.03-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE.	90.0	100.0	111 %	100.0	
1.45.04.04-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE.	90.0	83.3	93 %	91.7	
Toutes déficiences						
1.45.45.00-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	ND	89.3	NA	92.8	
1.45.45.02-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE (3 jours).	90.0	100.0	111 %	-	
1.45.45.03-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE (30 jours).	90.0	100.0	111 %	92.7	

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015	% ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2013-2014	COMMENTAIRES ANNÉE 2014-2015
1.45.45.04-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du Plan d'accès - TOUTES DÉFICIENCES - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE (1 an).	90.0	84.2	94 %	92.9	
1.5 Déficience intellectuelle et TED						
1.45.05.01-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - TOUTES PRIORITÉS.	90.0	90.9	101 %	90.0	
1.45.05.02-PS	Pourcentage des demandes de services traités en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ URGENTE.	90.0	100.0	111 %	-	
1.45.05.03-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ ÉLEVÉE.	90.0	100.0	111 %	88.5	
1.45.05.04-PS	Taux des demandes de services traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - TOUS ÂGES - PRIORITÉ MODÉRÉE.	90.0	85.7	95 %	100.0	
1.7 Dépendances						
1.07.04-PS	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins.	80.0	66.5	83 %	48.7	La non-disponibilité des ressources et la gestion informatisée de collectes de données expliquent ces résultats.
1.07.05-PS	Nombre de jeunes et d'adultes ayant reçu des services de première ligne, en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS.	60	39	65 %	36	
1.8 Santé mentale						
1.08.05-PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable (SIV) dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	42	20	48 %	16	
1.08.06-PS	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services.	50	60	120 %	62	

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015	% ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2013-2014	COMMENTAIRES ANNÉE 2014-2015
1.08.07-EG1	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale.	12.0	13.5	87 %	14.6	
1.08.08-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale.	0.0	0.0	100 %	0.0	
1.08.09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de santé mentale de 1re ligne en CSSS (mission CLSC).	950	413	43 %	964	Une révision en cours de l'offre de service dirige les demandes des usagers vers des niveaux de soins appropriés (services sociaux généraux ou santé mentale).
1.08.10-EG1	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours.	22	49	0 %	11	
1.9 Santé physique - Séjour à l'urgence						
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière (durée).	11.0	11.7	94 %	12.5	
1.09.02-EG1	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus.	11.0	13.4	78 %	15.1	
1.09.03-PS	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière.	0.0	0,0	100 %	0.0	
1.09.04-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus.	0.0	0,0	100 %	0.0	
1.09.31-PS	Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière.	5.0	10.6	47 %	13.7	
1.9 Santé physique - Soins palliatifs - Radio-oncologie						
1.09.05-EG1	Nombre d'usagers en soins palliatifs à domicile.	117	174	149 %	164	
1.09.06-EG1	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.	17.3	22.65	131 %	22.96	
1.09.33-01-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 28 jours (de calendrier).	90.0	75.0	83 %	72.4	
1.09.33-02-PS	Pourcentage des patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur ou égal à 56 jours (de calendrier).	100.0	99.5	99 %	96.9	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Nombre						
1.09.32.00-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an (ensemble des chirurgies).	0	0	100 %	-	
1.09.32.01-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche.	0	0	100 %	0	

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015	% ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2013-2014	COMMENTAIRES ANNÉE 2014-2015
1.09.32.02-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou.	0	0	100 %	0	
1.09.32.03-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte.	0	0	100 %	0	
1.09.32.04-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour.	0	0	100 %	0	
1.09.32.05-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation.	0	0	100 %	0	
1.09.32.06-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie bariatrique.	ND	0	NA	-	
1.9 Santé physique - Chirurgie - Durée de l'attente						
1.09.20.00-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour l'ensemble des chirurgies.	90.0	99.3	110 %	-	
1.09.20.01-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche.	90.0	100.0	111 %	92.6	
1.09.20.02-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou.	90.0	100.0	111 %	90.4	
1.09.20.03-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte.	90.0	100.0	111 %	99.2	
1.09.20.04-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour.	90.0	98.6	110 %	98.1	
1.09.20.05-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation.	90.0	99.4	110 %	95.8	
1.09.20.06-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie bariatrique.	90.0	100.0	111 %	-	
1.9 Santé physique - GMF						
1.09.25-PS	Nombre total de GMF implantés.	2	2	100 %		
1.09.27-PS	Pourcentage de la population inscrite auprès d'un médecin de famille.	82	82	100 %		

CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015	% ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2013-2014	COMMENTAIRES ANNÉE 2014-2015
3.1 Ressources humaines						
3.01-PS	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées.	6.11	6.43	95 %	6.61	Un plan d'action a été mis en place sur misant sur les bonnes pratiques, amélioration par rapport à l'année précédente.
3.05.01-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières.	4.64	4.16	110 %	4.43	
3.05.02-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par l'ensemble du personnel du réseau.	2.52	2.32	108 %	2.62	
3.06.01-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières.	0.0	0.0	100 %	0.0	
3.06.02-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les infirmières auxiliaires.	0.0	0.0	100 %	0.0	
3.06.03-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires.	0.0	0.0	100 %	0.0	
3.06.04-PS	Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante par les inhalothérapeutes.	0.0	0.1	0 %	0.32	
3.07-PS	Nombre d'infirmières spécialisées (IPS) en soins de première ligne titularisées et offrant des services de première ligne.	2	2	100 %	1	
3.08-PS	Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main d'œuvre.	Plan de main d'œuvre mis à jour/an.			Réalisé	
3.09-PS	Pourcentage d'établissements ayant réalisé une démarche concertée de révision des processus de soins et de services et de réorganisation du travail	Démarche réalisée.			Réalisé	
3.10-PS	Pourcentage des établissements ayant mis en œuvre un programme de soutien à la relève professionnelle.	Programme de soutien en place et fonctionnel			Réalisé	
3.13-PS	Pourcentage des établissements accrédités par un programme reconnu visant l'amélioration du climat de travail.	Programme d'amélioration en place et fonctionnel.			NA	
3.14-PS	Pourcentage des établissements ayant obtenu un agrément incluant le volet de mobilisation des ressources humaines.	Maintien des activités de l'établissement visant la mobilisation des ressources humaines.			Réalisé	Agrément : juin 2014.

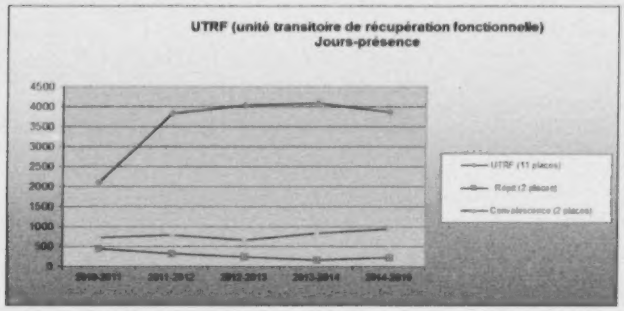
CODE	INDICATEUR	ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTATS 2014-2015	% ENGAGEMENT 2014-2015	RÉSULTAT 2013-2014	COMMENTAIRES ANNÉE 2014-2015
4.0 Urgences (désencombrement)						
4.01.01-EG2	Nombre moyen de patients par CH en processus ou en attente d'évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers et occupant des lits de courte durée (CD).	0.0	0.0	100 %	0.3	
4.01.05-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHLSD) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale.	0.0	0.0	100 %	0.4	
4.01.06-EG2	Nombre moyen de patients par CH en attente de ressources non institutionnelles (RNI) occupant des lits de courte durée (CD), excluant la santé mentale.	0.0	0.0	100 %	0.1	

4.3 Volume des activités

SOUTIEN À L'AUTONOMIE DES PERSONNES ÂGÉES

HÉBERGEMENT

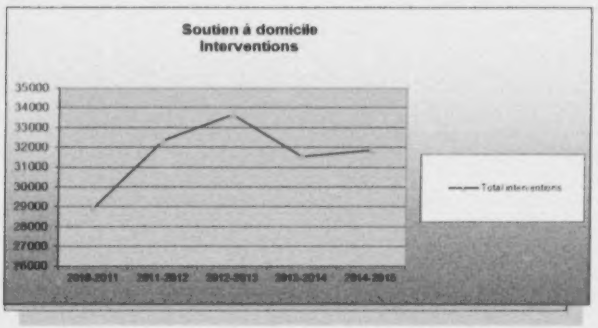
	Jours-présence				
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Résidence St-Joseph (121 lits)	44 976	44 892	44 289	45 107	43 772
Foyer St-Antonin (39 lits)	13 748	13 868	13 791	13 962	13 471
CHSLD Saint-Cyprien (20 lits)	7 858	8 368	7 879	7 367	7 362
Unité transitoire de récupération fonctionnelle (11 places)	3 290	4 952	4 950	5 090	5 052
Ressources intermédiaires (103 places)	36 398	36 577	35 180	36 310	33 230



CENTRE DE JOUR

Présence au Centre de jour					
Année	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Présence	5 180	5 149	4 582	4 325	3 393

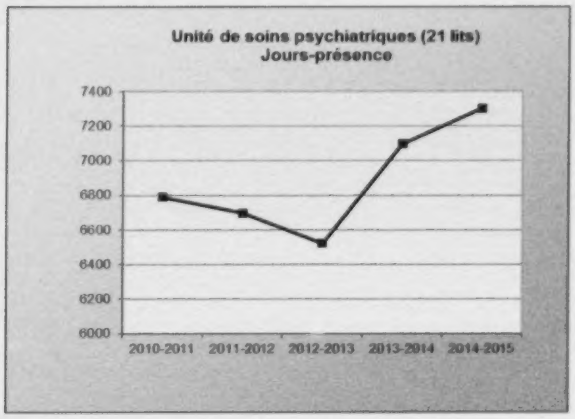
Interventions					
Année	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Total interventions	28 935	32 338	33 661	31 542	31 863



HOSPITALISATION EN COURTE ET LONGUE DURÉE

Courte durée - Unité de soins psychiatriques (21 lits)					
Année	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Jours-présence	6789	6696	6521	7096	7301

Hébergement					
Jours-présence	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Ressources intermédiaires (14 places)	5039	4804	5022	4792	5103
Ressources de type familial (69 places)	21772	21577	20595	21443	20362



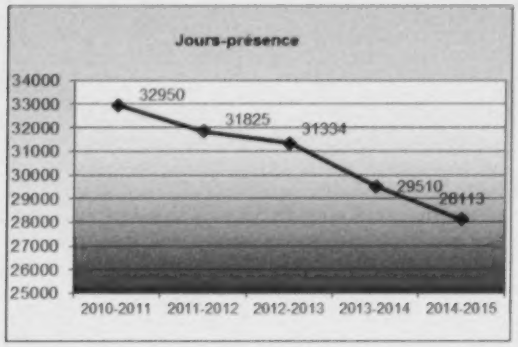
SERVICES EXTERNES SPÉCIALISÉS

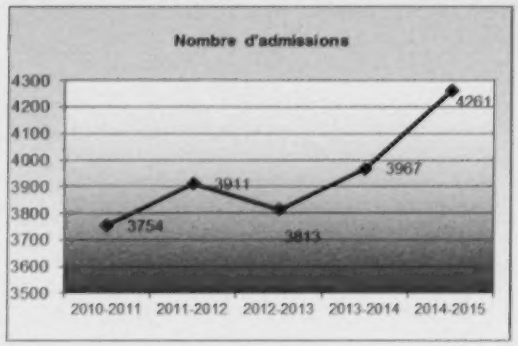
	Total	
Année	Usagers	Visites
2010-2011	1 772	9 238
2011-2012	1 718	9 392
2012-2013	1 663	8 319
2013-2014	1 874	10 408
2014-2015	1 987	11 386

SANTÉ PHYSIQUE

HOSPITALISATION EN COURTE DURÉE

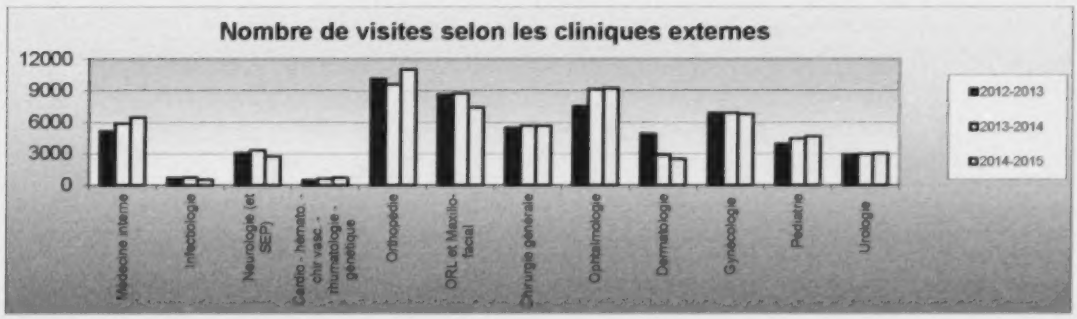
Nombre d'admissions et Jours-présence					
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Nombre d'admissions	3 754	3 911	3 813	3 967	4 261
Jours-présence	32 950	31 825	31 334	29 510	28 113





CLINIQUES EXTERNES

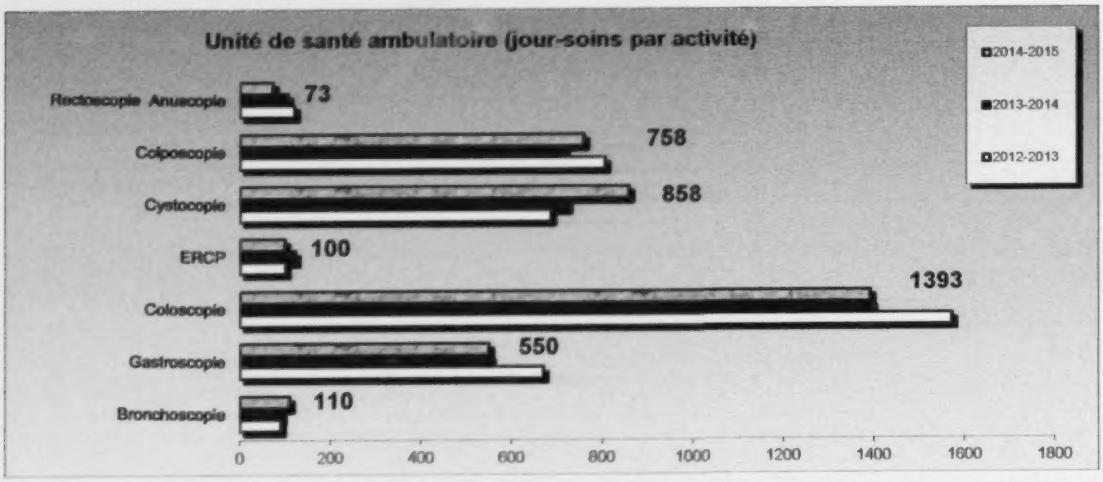
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Nombres de visites	62 458	61 163	59 517	60 666	60 919

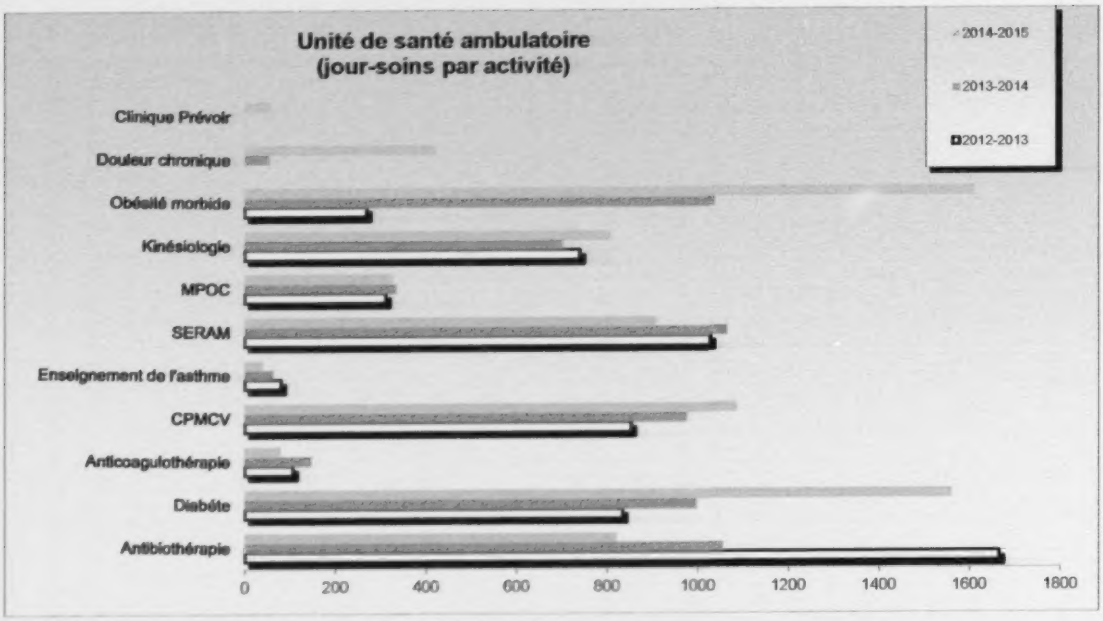


Nombre d'endoscopies réalisées					
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
TOTAL	3519	3799	4049	3709	3842

UNITÉ DE SERVICES AMBULATOIRES

Unité de santé ambulatoire (somme jour-soins)					
	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
TOTAL	4 338	4 593	5 889	6 423	7 708





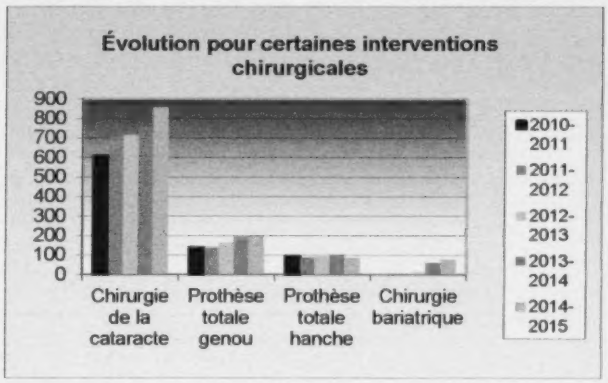
Légende

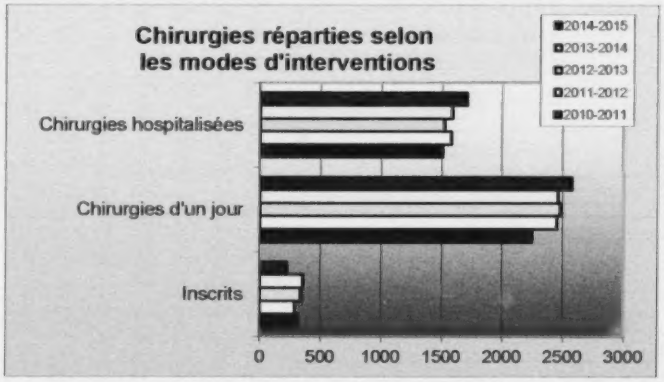
MPOC : *maladie pulmonaire obstructive chronique*

CPMCV : *clinique de prévention des maladies cardio-vasculaires*

ACTIVITÉS AU BLOC OPÉRATOIRE

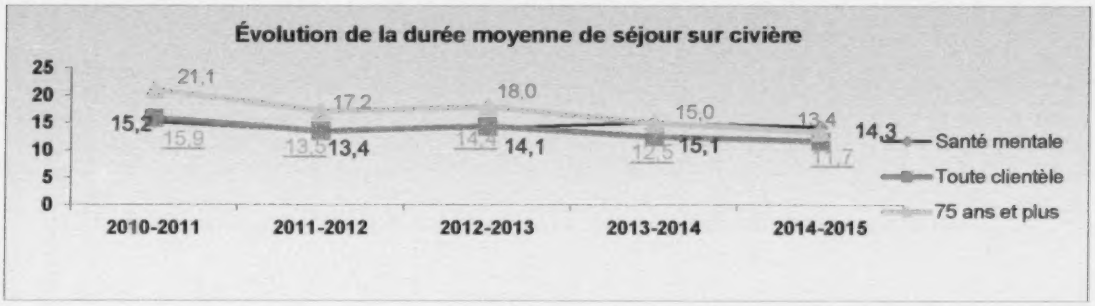
Activités au bloc opératoire (nombre d'interventions)	
2010-2011	4057
2011-2012	4319
2012-2013	4337
2013-2014	4401
2014-2015	4507



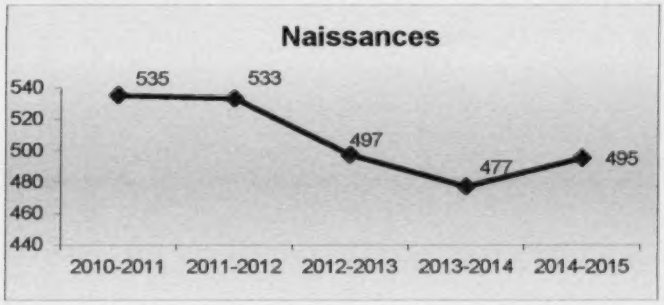


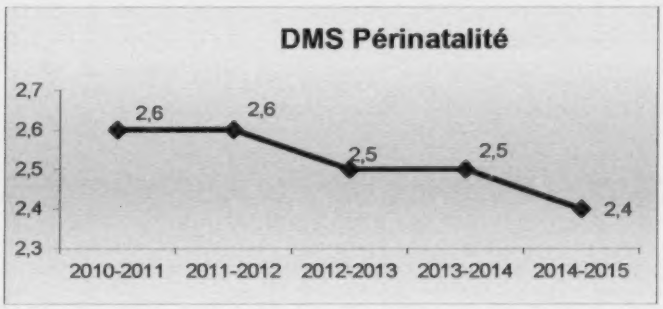
URGENCE

Nombre d'usagers	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Clientèle ambulatoire	18 523	18 164	18 124	18 007	17 471
Clientèle sur civière	5 151	5 440	5 623	5 924	6 042
Durée moyenne de séjour sur civière	15,9	13,5	14,4	12,5	11,7



HOSPITALISATION





JEUNES EN DIFFICULTÉ

	2014-2015
Nombre d'enfants inscrits	418
Nombre de familles inscrites	1 244
Nombre d'interventions (enfants et familles)	3 644

PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TROUBLES DE L'APPRENTISSAGE (DI-TED)

	2014-2015
Nombre de dossiers en suivi	123
Nombre moyen d'interventions	9

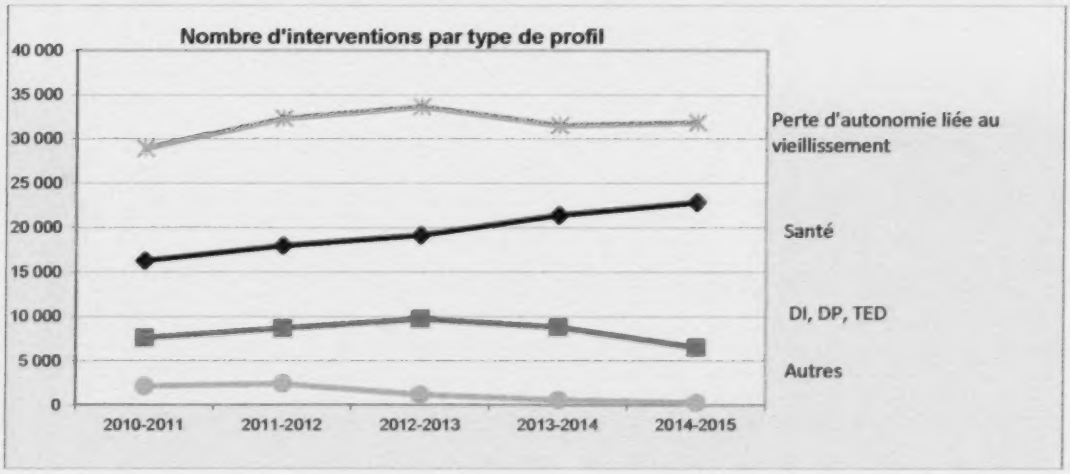
PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE (DP)

	2014-2015
Nombre de dossiers en suivi	250
Nombre moyen d'interventions	25,6

SOUTIEN À DOMICILE

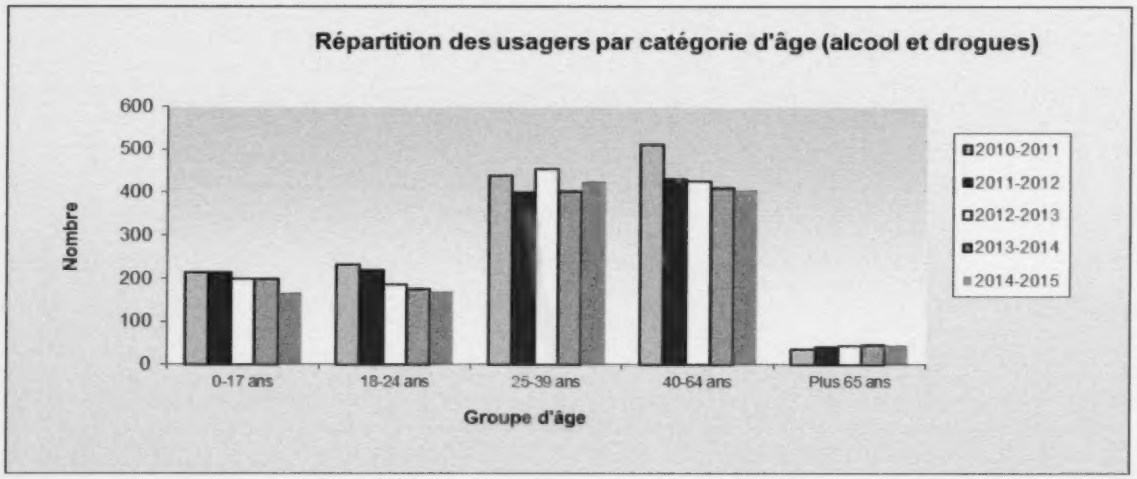
Nombre d'usagers					
Centre d'activité	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Soins infirmiers	1 334	1 425	1 438	1 437	1 345
Inhalothérapie	193	180	161	156	170
Aide à domicile	514	527	606	603	549
Services psychociaux	1 131	1 085	1 101	1 246	1 244
Ergothérapie	521	464	469	430	396
Physiothérapie	451	448	473	502	494
Total	4 144	4 129	4 248	4 374	4 198
Nombre réel d'usagers différents	2 211	2 145	2 153	2 131	2 086

Nombre d'interventions					
Centre d'activité	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Soins infirmiers	18 639	22 756	23 843	20 722	19 066
Inhalothérapie	1 365	1 396	1 124	1 201	1 145
Aide à domicile	22 229	23 592	25 379	28 357	27 788
Services psychociaux	7 195	7 968	7 963	7 640	8 126
Ergothérapie	2 378	2 289	2 342	2 341	2 336
Physiothérapie	3 166	3 409	3 074	3 323	3 055
Total	54 972	61 410	63 725	63 584	61 516



CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU BAS-SAINT-LAURENT

Usagers inscrits en centre de jour et en externe/alcool et drogues					
2009-2010	**2010-2011**	**2011-2012**	**2012-2013**	**2013-2014**	**2014-2015**
1 513	**1 432**	**1 307**	**1 305**	**1 233**	**1 213**



5. Faits saillants

5.1 Direction famille, enfance, jeunesse, santé mentale et santé publique

Famille enfance jeunesse

Le programme famille, enfance, jeunesse offre des services de 1re ligne en CLSC, des services hospitaliers en périnatalité, en pédiatrie et en gynécologie. Par surcroît, il offre des services de santé mentale jeunesse en première ligne et des services spécialisés en pédopsychiatrie. Enfin, il inclut les services de la clinique jeunesse et du planning du KRTB.

- Près de 150 situations cliniques de jeunes du KRTB ont été traitées dans le cadre du protocole d'entente MSSS-MELS en lien avec les difficultés d'adaptation et d'apprentissage, dont le TDA/H;
- 200 intervenants intersectoriels œuvrant auprès des jeunes de 5 à 12 ans et ceux de 12 à 20 ans ont reçu une formation sur la réalisation de la démarche PSI (plan de services individualisé) et PSII (plan de services individualisé et intersectoriel);
- Implantation du « Parcours d'intégration » auprès des jeunes de cinq ans ayant des besoins particuliers qui entrent à l'école, et ce, de concert avec les CPE et le milieu scolaire;
- 74 nouveaux clients ont été traités dans le cadre de la clinique pédiatrique en protection de la petite enfance pour des motifs d'abus sexuels (7), abus physiques (39) ou négligence (9), autres (19);
- 33 enfants du KRTB, âgés de cinq à sept ans, ont pu profiter du nouveau service d'orthophonie offert en première ligne au sein de notre CSSS;
- 20 familles (deux cohortes) de la MRC ont suivi les sessions d'intervention de groupe du programme l'Entrain dont le service est offert en concertation avec le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent/CSSS de Rivière-du-Loup;
- 45 enfants ont pu être traités localement en ambulatoire pour des motifs reliés aux allergies;
- Implantation de l'approche participative et du cadre d'analyse AIDES pour soutenir la réponse aux besoins des enfants et pour enrichir les compétences parentales;
- Respect des délais d'accès pour les services spécialisés en santé mentale jeunesse au KRTB selon les niveaux d'urgence des situations;
- Une cinquantaine de représentants des partenaires œuvrant en petite enfance ont participé à une séance d'appropriation des dix conditions de l'initiative concertée d'interventions pour le développement des jeunes enfants (ICDJE, initiative recommandée par l'Institut national de santé publique et l'Agence régionale de la SSS du Bas-Saint-Laurent);
- La corporation SALUS Global qui a créé AMPRO nous a reconnu pour nos performances exceptionnelles dans l'appropriation des connaissances, de la communication et de la collaboration interprofessionnelles afin de rendre la sécurité des patients une priorité et la responsabilité de chacun. Nous sommes 6 établissements sur 40 à avoir reçu cette reconnaissance;
- Pour gérer leur diabète, les jeunes du KRTB ont maintenant accès à un dispositif de pompe à insuline;
- Certification de trois infirmières comme consultante en lactation ***International Board Certified Lactation Consultant® (IBCLC®)***;
- Participation de l'unité de soins de pédiatrie à la recherche sur les maladies génétiques, dont la maladie de Morquio.

Santé publique

Le programme de santé publique regroupe plus de dix secteurs d'activités où les professionnels du CSSS œuvrent sur l'ensemble du continuum de services. Celles-ci sont le soutien aux saines habitudes de vie, le transport actif sécuritaire, l'activité physique, la prévention des traumas routiers, la prévention des chutes, la prévention du suicide, la prévention des dépendances et de la surconsommation de médicaments psychotropes, la lutte aux ITSS, la couverture vaccinale, la prévention des infections nosocomiales, la promotion/prévention en périnatalité et enfin la promotion/prévention en milieu scolaire.

- Poursuite des travaux afin de consolider le réseau local de services du CSSS avec le support de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) et l'Institut national de santé publique (INSPQ);
- Production du portrait sur les environnements (politique, économique, physique, socioculturel) favorables aux saines habitudes de vie accessibles pour la population de la MRC de Rivière-du-Loup et présentation aux partenaires du milieu;
- Production du portrait de santé de la population de la MRC de Rivière-du-Loup et présentation aux partenaires du milieu;
- Mise en place de moyens pour contrer les effets de la pauvreté, dont la Boîte fraîcheur, l'accès au dépannage alimentaire sur l'année complète, le déploiement de jardins collectifs et communautaires dans plus de sept municipalités sur 13 notamment;
- Diverses activités de lutte aux préjugés en lien avec la pauvreté ont été réalisées localement, soit un atelier de sensibilisation « parce que tout le monde mange », le dîner des inégalités avec des partenaires stratégiques de la MRC, la diffusion de linges à vaisselles avec bandes dessinées et la diffusion de bandes dessinées sur les sites des différentes organisations partenaires;
- Déploiement d'un projet intersectoriel « La manne rouge, je récolte » qui a favorisé l'intégration socioprofessionnelle d'une moyenne de cinq personnes;
- Rassemblement des partenaires intersectoriels du KRTB le 9 octobre 2014 pour un regard sur les perspectives et stratégies visant à contrer la violence conjugale et à promouvoir les rapports égalitaires et remise d'un rapport pour les actions à venir dans nos localités;
- Journée de sensibilisation auprès de 1 300 jeunes élèves de 4e et 5e secondaires des MRC du Kamouraska et de Rivière-du-Loup ont été sensibilisés aux conséquences de la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, par la drogue ou par la fatigue (IMPACT) pendant une journée au Centre Premier Tech;
- Augmentation du taux de vaccination des enfants, 95 % reçoivent leur vaccination de base dans la MRC de Rivière-du-Loup, 96 % des enfants du scolaire sont vaccinés contre l'hépatite B et 94,3 % des jeunes sont vaccinés contre le virus du papillome humain (VPH);
- Poursuite des activités du comité de périnatalité en vue de la certification « Amis des bébés » (révision du contenu des rencontres prénatales de groupe, la révision du suivi systématique, plus de 80 % des mères ont initié l'allaitement en cours d'hospitalisation, le taux d'allaitement exclusif demeure en dessous de l'objectif de 75 %);
- Participation à la réalisation des activités prévues aux plans d'action de COSMOSS, dont *Québec en forme*, *Avenir d'enfants* et la *Persévérance scolaire*;
- Les haltes bébés qui sont hebdomadaires ont été fréquentées par près de 200 nouveaux parents et c'est près de quarante conférences sur le développement des enfants qui leur ont été offertes;
- Production d'un portrait local et transversal en lien avec les environnements favorables aux saines habitudes de vie de la MRC de Rivière-du-Loup;
- Embauche d'un conseiller en promotion et prévention en santé;
- 25 organismes de la communauté font partie du collectif pour la solidarité et inclusion sociale;
- Plus de 80 intervenants sont formés en lien avec les bonnes pratiques auprès des personnes à risque suicidaire;
- Réalisation d'un plan d'action afin de consolider le réseau local de services (RLS) du CSSS avec le support de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) et l'Institut national de santé publique (INSPQ).

DI-TSA-DP

Le programme DI-TSA-DP est transversal aux autres programmes puisqu'il couvre les besoins des personnes de 0 à 100 ans ayant soit une déficience intellectuelle, soit un trouble du spectre de l'autisme ou une déficience physique.

- Mise en place d'un plan d'action concerté avec plus d'une dizaine de partenaires locaux. Celui-ci a été élaboré pour améliorer le continuum et l'offre de service aux personnes et aux familles concernées par ces diagnostics;

- Élaboration d'une trajectoire de services pour la clientèle adulte présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme;
- Croissance des demandes d'aide financière au fonds de soutien aux personnes handicapées qui vise à favoriser leur maintien à domicile;
- L'équipe de professionnels a grandement contribué à atteindre les cibles du ministère de la Santé et des Services sociaux pour la réalisation des évaluations de la clientèle et des plans d'intervention;
- Respect des délais d'accès au premier service en DI-TSA-DP pour 90 % des situations nouvellement présentées, et ce, tel que le prévoit l'entente de gestion;
- Mise en place des modalités de transferts personnalisés des clientèles entre le CRDI-TED et le CSSS entre les deux établissements;
- Consolidation de l'implantation des services spécifiques d'adaptation/réadaptation en DI-TSA pour 35 personnes adultes ayant ces diagnostics.

Santé mentale

Le programme santé mentale adulte regroupe l'ensemble de l'offre de service de 1re ligne en CLSC et suivi d'intensité variable dans la communauté et le suivi étroit) et de 2e ligne (unité de soins aigus en santé mentale, la clinique externe de psychiatrie, la clinique sans mur, la clinique des premiers épisodes psychotiques, le suivi intensif, les soins et services partagés) ainsi que les ressources résidentielles (RI et RTF).

- Déploiement du processus de rétablissement sur l'ensemble du continuum en santé mentale;
- Formation de l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) (intervenants, psychiatres, gestionnaires et partenaires);
- Mise en place progressive du plan d'intervention par les forces pour les intervenants du continuum du programme santé mentale;
- Implantation de la clinique STEPP (service de traitement en équipe pour les premières psychoses);
- Réalisation d'un cadre de pratique sur l'unité de soins aigus en santé mentale selon les bonnes pratiques (inclut une programmation d'activités psychoéducatives pour la clientèle, groupe d'objectifs, consommation, nutrition, médication, un cahier « Mon rétablissement »;
- Formation d'intervenants du CSSS et du Centre d'entraide l'Horizon afin de déployer un programme de soutien pour l'autogestion des soins pour les troubles de l'humeur et les troubles anxieux en 1re ligne;
- Révision et actualisation de la procédure du code blanc au CLSC, CH, CHSLD Saint-Joseph et domicile;
- Mise en place d'une offre de service pour les usagers avec troubles concomitants (psychose et toxicomanie);
- Coaching des équipes des intervenants du suivi intensif et du soutien d'intensivité variable et de la clinique STEPP pour développer ce type d'approche dite « outreach » par le Centre national d'excellence en santé mentale;
- Collaboration avec La lueur de l'espoir du Bas-Saint-Laurent afin d'améliorer le soutien offert aux familles et aux proches;
- Augmentation du support spécialisé via la Clinique sans mur à la 1re ligne du KRTB concernant les problématiques reliées au trouble de la personnalité limite grâce à l'ajout d'un poste de psychologue;
- Poursuite des activités en lien avec les bonnes pratiques avec les personnes à risque suicidaire.

Ressources résidentielles

- Réorganisation des services résidentiels selon la philosophie du rétablissement, le cadre de référence et nos ententes de gestion;
- Mise en place du comité clinique hébergement avec psychiatre, un psychologue et l'équipe d'intervenant;
- Création d'un poste intervenant ressource en septembre 2014;
- Formation des intervenants à l'outil de classification en novembre 2014 pour l'évaluation des usagers en ressource résidentielle sur SIRTF;

- Appropriation du cadre de référence et la politique administrative pour la reconnaissance des RI-RTF modifiant les pratiques en lien avec les propriétaires des ressources résidentielles;
- Révision et diminution du nombre de places offertes en ressources résidentielles en santé mentale au KRTB selon les recommandations du cadre de référence en santé mentale nationale;
- Création du comité de concertation local RESSAQ (trois rencontres faites) et du comité RESSAQ local de formation (deux rencontres faites);
- Formation Instrument de classification offerte aux propriétaires Ressources de type familial (RTF);
- Élaboration d'une procédure pour la gestion des avoirs des usagers en ressource résidentielle.

Services sociaux généraux
Les services sociaux généraux se composent de six volets, soit accueil, analyse, orientation et référence (AAOR), consultation sociale, consultation psychologique, intervention de crise dans le milieu 24/7, consultation téléphonique psychosociale 24/7 (Info-Social 811) et le volet psychosocial en sécurité civile. Il s'agit de services de première ligne en CLSC.

- Mise en place d'un plan d'action pour l'implantation des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience pour les volets de l'AAOR et des consultations sociale et psychologique;
- Diffusion et arrimage avec Info-Social (811, option 2);
- Poursuite du groupe « Reprendre pied » pour les usagers en attente de services;
- Transfert de l'animation du groupe « Un temps pour soi » vers l'organisme communautaire le Centre d'entraide l'Horizon.

Dépendances
Le programme dépendances se compose d'une offre de service de 1re ligne en CLSC et de 2e ligne offert par le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent.

Services de 1re ligne

- Poursuite du programme Alcochoix et interventions précoces en individuelles;
- Arrimage avec Info-Social (811, option 2) afin qu'il procède à une évaluation téléphonique en dépendance pour référence directe au CRD (services de 2e ligne);
- Détection et référence vers les services spécialisés du CRD (services de 2e ligne).

Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent (CRD)

- Poursuite de l'implantation de l'outil d'évaluation spécialisé de la dépendance, GAIN *(Global Apprasial of Individual Needs)*;
- Embauche d'un spécialiste en activités cliniques pour l'encadrement de la pratique spécialisée des intervenants en dépendance;
- Encadrement clinique du personnel pour harmoniser les pratiques d'intervention et favoriser le développement des compétences professionnelles;
- Appropriation des nouveaux guides de pratiques émis par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec;
- Développement de la programmation des services dispensés aux adultes;
- Implantation des services de groupes motivationnels dans différents points de services du territoire bas-laurentien;
- Mise en place d'un outil de gestion de la charge de travail;
- Poursuite de l'optimisation du système d'information (SIC-SRD) par l'implantation de la rédaction des notes évolutives;
- Révision des normes de tenue des dossiers;
- Soutien et conseil à la 1re ligne quant à leurs besoins de formation;
- Mise en place de soins infirmiers et du service médical (médecins répondants et infirmières cliniciennes) et poursuite des arrimages à faire avec les Centres hospitaliers du Bas-Saint-Laurent pour les services de désintoxication lorsque la condition physique des patients le nécessite;
- Bilan et suivis des ententes de partenariat avec les CSSS, les établissements du milieu scolaire, le Centre jeunesse du BSL, le CRDI, le CRDP et GÎM L'Escale et le CRD du Bas-Saint-Laurent;

- Poursuite de l'entente entre le CRD et le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent quant à l'offre de services spécialisés en dépendances pour les jeunes en unités de vie du Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent;
- Poursuite des arrimages avec les Services correctionnels pour des évaluations spécialisées de la dépendance auprès de la clientèle incarcérée au Centre de détention de Rimouski;
- Implication du CRD dans un projet de recherche sur la cyberdépendance chez les adolescents, intitulé « Virtuados »;
- Implication du CRD dans un projet de recherche intitulé « Profil et trajectoires de services clientèle CRD du Québec ».

Services multidisciplinaires

Les services multidisciplinaires s'inscrivent dans l'axe qualité, compétence et pertinence où la responsabilité première est la qualité des services et des actes professionnels posés. Quelque 300 techniciens et professionnels répartis sous 36 titres d'emploi composent ce groupe. Les services multidisciplinaires se retrouvent regroupés avec la direction des services professionnels et de la collaboration médicale.

- Planification et exécution d'un plan de développement des ressources humaines pour les professionnels membres du conseil multidisciplinaires;
- Gestion des programmes d'orientation pour les membres du conseil multidisciplinaire et du personnel de la SCFP;
- Application d'un cadre de référence de la supervision clinique dans le secteur d'activité psychosocial;
- Support au conseil exécutif du conseil multidisciplinaire du CSSS (huit rencontres) et quelques activités spéciales;
- Suivis aux recommandations aux comités de pairs tenus en cours d'année;
- Siège à la Commission multidisciplinaire régionale du Bas-Saint-Laurent;
- Collaboration au plan d'action à la Commission multidisciplinaire régionale;
- Participation à la Table des directeurs des services multidisciplinaires du Québec.

5.2 Direction santé physique et soutien à l'autonomie des personnes âgées

Au cours de la dernière année, l'équipe a misé sur la participation des actions à poser pour des environnements favorables et travaillé sur le processus de l'Agrément de façon continue.

Programme santé physique

Maladies chroniques – asthme – MPOC – diabète - maladies cardiaques - insuffisance cardiaque - PPMC

- Consolidation de l'implantation des maladies chroniques;
- Entraînement par la kinésiologue de la clientèle des maladies chroniques dans le gymnase du CSSS;
- Consolidation du projet gymnase en collaboration avec la Fondation du CSSSRDL et la Fondation Soleil Levant;
- Collaboration du service de kinésiologie en première ligne avec la deuxième ligne, afin de diminuer la liste d'attente;
- Nouveau fonctionnement pour la reddition de compte en maladies chroniques avec les statistiques.

Clinique du diabète

- Poursuite de l'installation de pompes à insuline – diabète juvénile;
- Consolidation des meilleures pratiques en diabète juvénile en collaboration avec le programme enfance-jeunesse-famille.

Anticoagulothérapie

- Consolidation de la transmission de l'information entre la première ligne et la deuxième ligne;
- Poursuite de la formation du personnel sur les nouveaux outils utilisés.

Oxygénothérapie

- Consolidation du programme d'oxygénothérapie en lien avec le programme national;
- Rencontre par téléconférence avec les huit CSSS – le CSSS de Rivière-du-Loup est fiduciaire;
- Rencontre avec les pharmaciens communautaires et consolidation des façons de faire.

Soins palliatifs

- Révision du programme en cours.

Oncologie

- Poursuite de la révision du rôle et de l'organisation du travail de l'infirmière pivot en oncologie et de l'infirmière de la clinique du sein;
- Consolidation du partenariat d'équipe régionale.

Antibiothérapie

- Poursuite du développement du programme d'auto-administration pour les antibiothérapies à domicile.

Pieds diabétiques

- Formation de l'infirmière pour le démarrage de la clinique du pied diabétique;
- Développement des outils de travail pour l'infirmière;
- Démarrage de la clinique pour le pied diabétique.

Thrombolyse cérébrale

- Participation aux discussions avec l'Agence sur l'organisation des services pour les personnes atteintes d'un AVC;

- Démarrage d'un comité interdisciplinaire pour les bonnes pratiques en lien avec la réadaptation précoce.

Clinique de chirurgie bariatrique

- Poursuite de la clinique de chirurgie bariatrique;

Clinique PRÉV.O.I.R.

- Mise sur pied de la clinique PRÉV.O.I.R.;
- Dépôt du projet sur l'implantation d'une unité d'hémodialyse à Rivière-du-Loup.

Clinique de la douleur

- Mise en place d'une priorité opératoire pour la clinique de la douleur;
- Travail sur le consortium en collaboration avec l'Agence de la santé et des services sociaux;
- Consolidation du déploiement de la clinique avec l'équipe interdisciplinaire.

Accueil clinique

- Élaboration d'un cadre de référence sur l'accueil clinique;
- Élaboration de certaines ordonnances collectives pour la mise en place éventuelle d'un accueil clinique.

Don d'organes

- Poursuite des activités du comité du don d'organes.

Bloc opératoire, chirurgie d'un jour, clinique préopératoire et inhalothérapie

- Maintien de l'accès aux services chirurgicaux dans un délai cliniquement approprié;
- Réduction significative de la liste d'attente pour l'ensemble des chirurgies.

Soins critiques

- Transformation de postes d'infirmières en postes d'infirmières auxiliaires à l'urgence;
- Suivi du plan d'action suite à la visite ministérielle;
- Diminution du temps de séjour sur civière à 11,5 heures;
- Poursuite de l'implantation à l'urgence de l'approche adaptée à la personne âgée;
- Poursuite du repérage avec l'outil Prisma-7 pour la clientèle de 75 ans et plus, sur civière et ambulatoire.

Projet colorectal

- Poursuite du plan d'action du projet colorectal pour favoriser l'accessibilité en respect des normes cliniques;
- Visite du MSSS avec recommandations.

Chirurgie, cliniques spécialisées, clinique de réadaptation externe et centrale de rendez-vous

- Révision de l'offre de service en physiothérapie en cours à la clinique de réadaptation externe;
- Début de l'implantation de l'approche adaptée à l'unité de chirurgie.

Médecine

- Réorganisation de l'unité de médecine en fonction des rôles et responsabilités;
- Poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée.

Programme de soutien à l'autonomie des personnes âgées (SAPA)

Soutien à l'autonomie des personnes âgées

- Poursuite du comité tactique de coordination pour suivre l'évolution de la situation des fins de soins actifs en courte durée;
- Participation au comité Proches aidants de la MRC de Rivière-du-Loup et du réseau qualité;

- Mise en place d'une table intersectorielle incluant le soutien communautaire en logement social;
- Étude et analyse du continuum de service en AVC (accident vasculaire cérébral) et ICT (ischémie cérébrale transitoire) au programme SAPA, en collaboration avec le programme santé physique;
- Mise en place des actions en lien avec l'Agrément.

Soutien à domicile, clinique de soins infirmiers, Ile Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, clientèle orpheline, clinique voyage

- Poursuite de l'implantation du plan d'action visant l'actualisation des lignes directrices régionales pour l'intégration des services aux personnes en perte d'autonomie et l'optimisation du programme de soutien à domicile;
- Poursuite de l'optimisation du soutien à domicile pour augmenter le nombre d'heures directes à la clientèle;
- Mise en place du cadre de référence pour les ASSS;
- Élaboration d'un cadre de référence pour les intervenants sociaux et implantation de la gestion de cas et de l'intervenant pivot au CSSS;
- Complétion des PSIAS pour les personnes en SAD SAPA suivies en long terme;
- Complétion des OEMC pour la clientèle SAD SAPA suivie en long terme;
- Repérage de la clientèle avec l'outil Prisma-7 dans les différents sites du CSSS;
- Consolidation de l'offre de service concernant l'accessibilité au guichet d'Accès pour les personnes sans omnipraticien, vulnérables ou non.

UCDG – URFI – SEGA - Ressources intermédiaires - UTRF

- Poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée à l'UCDG-URFI;
- Transformation de postes d'infirmières en postes d'infirmières auxiliaires;
- Poursuite des travaux en lien avec la loi 49 aux ressources intermédiaires et création d'une équipe tactique en lien avec la rétribution des propriétaires;
- Comité de concertation avec la RESSAQ en collaboration avec le programme santé mentale et la direction des ressources humaines et du développement organisationnel;
- Évaluation de la clientèle en ressources intermédiaires afin de connaître la lourdeur de la clientèle, de donner les rétributions justes en fonction des besoins et de procéder à sa relocalisation si nécessaire;
- Évaluation de la clientèle en DP pour une relocalisation;
- Évaluation de la clientèle fréquentant le centre de jour;
- Élaboration de l'offre de service, avec des partenaires externes, pour le centre de jour communautaire.

Centre d'hébergement Saint-Joseph - Centre d'hébergement de Saint-Antonin et Centre d'hébergement de Saint-Cyprien - Futur CHSLD 72 lits

- Révision de l'organisation du travail au Centre d'hébergement Saint-Joseph;
- Formation du personnel en lien avec les troubles de comportements;
- Suivis sous forme de coaching pour les intervenants de l'îlot TGC au Centre d'hébergement Saint-Joseph;
- Projet d'organisation du travail en lien avec le temps supplémentaire au CHSJ (phase 2);
- Poursuite des activités du comité de nutrition en lien avec l'approche milieu de vie pour les trois CHSLD et communications régulières au comité des usagers;
- Mise en application du plan d'action suite à la visite ministérielle du CHSJ;
- Visite ministérielle dans les centres d'hébergement de Saint-Antonin et de Saint-Cyprien;
- Mise en application du plan d'action en lien avec la visite ministérielle pour CHSA et CHSC;
- Mise à jour des profils Iso-Smaf pour toute la clientèle;
- Élaboration du cadre de référence de soins de fin de vie en CHSLD;
- Évaluation de la clientèle en DP pour une relocalisation autre que CHSLD (en particulier adulte avec profil Iso-Smaf 9 et moins).

5.3 Direction des services professionnels et du partenariat médical

Imagerie médicale
Nous avons atteint les cibles ministérielles de mois de 3 mois d'attente pour tous les examens. Nous avons débuté le déploiement de la dictée numérique et la reconnaissance vocale débutera au printemps 2015 ainsi que les secteurs hors imagerie. Le département d'imagerie médicale a également pris en charge celui du CSSS de Kamouraska avec le recrutement de la docteure Marie-Pier Langis.

Gestion des lits
La durée moyenne de séjour (11,7 heures) s'est encore améliorée au cours de la dernière année. Ce qui démontre bien notre volonté à tous d'améliorer nos services.

Pharmacie
Malgré le recrutement d'une pharmacienne qui a débuté en mars, la situation au niveau des assistantes techniques en pharmacie (ATP) est toujours critique. Grâce au travail de nos pharmaciens en place, une économie financière substantielle a pu être faite. Merci à eux.

Unité de retraitement des dispositifs médicaux
Des travaux sont en cours pour évaluer la faisabilité d'une régionalisation des unités de retraitement. Une augmentation marquée des unités retraitées est aussi remarquée en plus du rapatriement à la centrale de la stérilisation des unités satellites.

Pathologie
Après de nombreux problèmes, nous avons réussi à stabiliser l'offre de service. La présence de la docteure Sylvie Gagnon une semaine sur 4 et le support une journée par mois, à tour de rôle, des docteurs Ahlem Aouachri-Makhlouf, Said Louahlia et Robert Nicholson nous aide grandement. De plus, nous parrainons également un médecin étranger qui est présentement en stage d'évaluation. Si tout va bien, il remplacera le poste laissé vacant suite au départ du docteur Réjean Cantin, en 2011.

Omnipratique
- La table territoriale médicale en omnipratique est maintenant fonctionnelle. Elle s'est dotée d'un plan d'action en lien avec les besoins en omnipratique.
- Le nombre de clients orphelin est également passé de 4 800 personnes à 2 010 personnes. De plus, la clientèle jugée prioritaire a été prise en charge.
- Enfin, nous avons accueilli le retour du docteur André Munger en début d'année 2015, attendons aussi, à la fin du mois de mars 2015, la docteure Mélanie St-Pierre en plus de la docteure Vanessa Bergeron à l'été 2015.

Direction
Le nouveau programme de traumatologie est terminé et accepté par le MSSS, ce qui nous permet de garder notre titre de centre secondaire en traumatologie. Celui-ci est accessible via le site Internet du FECST. Une révision complète des politiques et procédures a également été faite.

5.4 Direction des soins infirmiers et de la qualité

La Direction des soins infirmiers et de la qualité (DSIQ) exerce son rôle selon deux axes principaux. Le premier concerne l'amélioration et la surveillance de la qualité des soins infirmiers offerts par 2 infirmière praticienne spécialisée pour les soins de première ligne, 360 infirmières, 110 infirmières-auxiliaires et plus de 100 préposés aux bénéficiaires et auxiliaires de santé et services sociaux réparties dans toutes les installations de l'établissement ainsi que dans les ressources non institutionnelles. Ce rôle s'exerce en étroite collaboration avec l'ensemble des directions. Afin de répondre adéquatement aux mandats qui lui sont dévolus, la DSIQ compte trois conseillères cadres pour les missions CH, CLSC, CHSLD et CRD.

Le deuxième axe a pour mandat d'assurer la qualité et la sécurité des soins et des services offerts au CSSS. Outre la qualité, ses principales responsabilités sont à l'égard de la prestation sécuritaire des services à la clientèle, la gestion des risques, la coordination de la visite d'agrément, l'éthique, la satisfaction de la clientèle, la sécurité civile, les zones grises ainsi que la coordination des bénévoles du CH. Cette direction préconise une vision intégrée de la qualité qui encourage la réalisation de stratégies et d'actions amenant l'organisation vers une culture de qualité et de sécurité. La DSIQ cherche à favoriser et à promouvoir l'atteinte des meilleurs résultats pour le bénéfice de la clientèle.

Dossiers cliniques

- Accueil d'une infirmière praticienne spécialisée de 1re ligne au GMF Lafontaine en septembre 2014.
- Suivi du programme de préceptorat et d'encadrement clinique.
- Coordination des stages cliniques en soins infirmiers.
- Poursuite des rencontres du comité des ordonnances collectives (OC), élaboration et révision des OC.
- Développement de règles de soins infirmiers.
- Implantation du programme de prévention des chutes et d'intervention post-chute.
- Implantation du programme de prévention des plaies de pression.
- Poursuite de l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPÂ).
- Leadership dans le développement de pratiques novatrices en soins infirmiers de première ligne.
- Analyse et optimisation des rôles cliniques attribués au personnel en soins infirmiers dans les différents secteurs d'activités pour une utilisation judicieuse des ressources.
- Préparation de la visite de surveillance générale de l'exercice de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ).

Qualité et sécurité

- Préparation et coordination de la démarche relative à la visite d'Agrément Canada en juin 2014.
- Élaboration et suivi du plan d'action en lien avec les recommandations émises par Agrément Canada.
- Collaboration au développement d'une vision d'amélioration continue de la qualité.
- Développement d'un sondage de satisfaction de la clientèle en CHSLD-RI-Hébergement court terme en collaboration avec le comité des usagers.
- Maintien d'une culture de la sécurité des soins et des services par le traitement de plus de 2 500 déclarations d'évènements indésirables.
- Implantation de la nouvelle version web du système d'information sur la sécurité des soins et services (SISSS).
- Suivi du tableau de bord des projets qualité en collaboration avec le comité de vigilance et de la qualité.
- Démarche d'optimisation des fournitures médicales et chirurgicales visant la standardisation de l'utilisation de ces fournitures en ciblant les meilleures pratiques.
- Élaboration de fiches de bio-nettoyage afin de faciliter l'élimination des zones grises.
- Élaboration du plan local de sécurité civile-mission santé.
- Soutien à l'équipe des bénévoles de l'Association des bénévoles du CHRGP et développement de nouveaux services de bénévolat.

5.5 Ressources humaines

Débutée en fin d'année d'exercice 2012-2013, la DRHDO a complété cette année l'implantation de son nouveau modèle d'organisation de service en y incluant le volet développement organisationnel. Cette évolution de la fonction ressources humaines était rendue nécessaire pour permettre à l'organisation d'être plus performante dans l'atteinte des mandats RH plus contemporains : attraction et fidélisation de la main-d'œuvre, mobilisation des employés, santé, sécurité et qualité de vie au travail des ressources humaines, soutien à la gestion de changement, soutien au développement d'une culture d'amélioration continue et développement des compétences des ressources humaines.

Faits saillants :

Attraction et fidélisation des ressources humaines

- L'année 2013-2014 a été une année très importante relativement à l'embauche et aux mouvements de la main-d'œuvre. Durant cette période, nous avons procédé à l'embauche de 196 employés provenant de l'externe, en plus de nos 263 postes affichés à l'interne. Vous trouverez, dans le tableau qui suit, la répartition de ces embauches externes par titre d'emploi.

Tableau d'embauches externes par titre d'emploi

Titre d'emploi	Nombre d'embauches
Cadres	13
Réadaptation et psychosocial	24
Services diagnostiques	4
Personnel de bureau	23
Services auxiliaires	18
Personnel para technique	50
Soins infirmiers et cardiorespiratoires	57
Techniciens et professionnels de la santé (autres)	7
TOTAL	196

- Participation à un programme de bourse pour le recrutement de certains professionnels.
- Accueil de plus de 220 stagiaires.
- Participation à différents salons de l'emploi.
- Réalisation d'un plan de main-d'œuvre sur trois ans afin d'obtenir des indicateurs fiables sur l'état actuel et futur de main-d'œuvre en vue de mettre en place les conditions nécessaires à la disponibilité de ressources humaines qualifiées.

Développement organisationnel

Les activités de développement des compétences totalisent encore cette année un investissement de plus de 10 000 heures, excluant les orientations en cours d'emploi. Le budget de développement des compétences aura servi à réaliser les différentes activités établies en lien avec une analyse des besoins des employés et gestionnaires.

- Réalisation du sondage sur la mobilisation du personnel du Conseil québécois d'Agrément avec une amélioration des résultats sur les six composantes par rapport au dernier sondage de 2010;
- Réalisation de démarches visant l'amélioration du climat de travail dans certains secteurs;

- Support dans plusieurs projets d'optimisation de l'organisation par l'équipe de projets en amélioration continue;
- Accompagnement en gestion de changement dans divers projets de l'organisation;
- Réalisation d'un projet d'organisation du travail visant la réduction du temps supplémentaire des préposés aux bénéficiaires en CHSLD.

Santé, sécurité et qualité de vie au travail

- Comme on peut le constater à la lecture des statistiques en assurance salaire, pour l'année 2013-2014, notre taux d'assurance salaire a subi une légère diminution par rapport à l'année précédente, tel que présenté dans le tableau qui suit :

Tableau 1	
Période	**Taux d'absence**
2013-2014	6,64 %
2012-2013	6,83 %

- Un plan d'action a été élaboré afin de mettre en place une gestion intégrée de la présence au travail qui comprend les activités de prévention, de formation et de sensibilisation, un programme de retour au travail adapté à la suite d'un arrêt de travail ainsi qu'un programme d'aide aux employés (PAE).

Qualité de vie au travail

- Pour une 3e année consécutive, un Gala reconnaissance a donné l'occasion aux employés d'honorer leurs collègues pour leur contribution exceptionnelle au CSSSRDL dans les cinq catégories suivantes : Recrue de l'année, Employé de l'année, Gestionnaire de l'année, Médecin de l'année et Équipe de travail de l'année. Le dévoilement des gagnants s'est fait lors d'une soirée où plus de 240 employés, gestionnaires et médecins étaient présents;
- Un sondage sur les saines habitudes de vie effectué par le comité de qualité de vie au travail a été élaboré afin de bien cibler les actions prioritaires de l'organisation pour la prochaine année;
- Plusieurs activités physiques et sur les saines habitudes de vie ont eu lieu au cours de la période, dans les différentes installations de notre CSSS :
  - Atelier sur le plaisir au travail;
  - Séances de massage sur chaise;
  - Activités thématiques dans le cadre de la semaine de la nutrition;
  - Sessions de mise en forme (zumba, ballon suisse, step, etc.);
  - Entente corporative avec le club Amiski (ski de fond et raquette).

Contrat de services

Contrats de services comportant une dépense de 25 000 $ et plus, conclus entre le 1er janvier 2015 et le 31 mars 2015

	Nombre	Valeur
Contrats de services avec une personne physique[1]	2 (RI ET RTF)	910 237,58 $
Contrats de services avec un contractant autre qu'une personne physique[2]	2	324 783 $
Total des contrats de services	4	1 235 020, 58 $

1. Une personne physique, qu'elle soit en affaires ou non
2. Inclut les personnes morales de droit privé, les sociétés en nom collectif, en commandite ou en participation

Gestion et contrôle des effectifs

On note un dépassement de 0,5 % des heures travaillés au CSSS de Rivière-du-Loup pour l'année 2014-2015, mais une diminution de près de 35 % des heures supplémentaires. Différentes actions ont été mises en place au cours de la dernière année dont l'optimisation des lits de courtes durées ainsi qu'un projet de réorganisation du travail réalisé auprès des équipes d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et des préposés aux bénéficiaires de notre établissement. Il est à noter que l'augmentation du taux d'occupation à certaines périodes de l'année a généré un surplus des heures travaillées au sein de nos équipes. Toutefois, nos projets d'optimisation et de réorganisation se poursuivent afin d'assurer une amélioration constante des résultats.

11045119 - CISSS du Bas-Saint-Laurent		Total de janvier à mars				
		Travaillées	Heures Supplém.	Total	Nbre ETC	Nbre Individus
11044104 - CSSS de Rivière-du-Loup	2014	534 973	15 876	550 849	1 081	1 253
	2015	537 603	10 404	548 007	1 086	1 263
	Variation	0,5 %	(34,5 %)	(0,5 %)	0,5 %	0,8 %

5.6 Ressources financières, matérielles et informationnelles

La DRFMI a su, au cours des dernières années, soutenir et transformer l'organisation tout en en livrant des avancées considérables tant au niveau de la modernisation des infrastructures que par la mise en place de structures plus souples et mieux adaptées aux besoins actuels. La connaissance, l'expertise et le dévouement de son personnel ainsi que le support de la haute direction sont indéniablement des facteurs déterminants qui ont permis à cette direction d'offrir une performance de haut niveau au cours de ces années.
Il est important de noter que malgré le contexte d'incertitude des derniers mois ainsi que des efforts considérables qui ont dû être déployés à l'égard de certaines situations (renforcement sismique, projets d'optimisation, sinistre au Pavillon Alphonse-Couturier), la direction a maintenu son rythme de croisière et a su, encore cette année, atteindre la plupart des priorités organisationnelles qu'elle s'était fixées en début d'exercice.

Priorités globales et projets généraux

- Déploiement de la clinique de transition
- Mise à jour des politiques et procédures (politique d'achat prioritaire)
- Comité de vérification—Révision des règles de gouvernance
- Plans triennaux/Besoin en développement des équipements médicaux

Secteur comptabilité et finances

- Optimisation
- Intensification du suivi budgétaire
- Optimisation des revenus (Média-Med)
- Régionalisation du service de paie
- Déploiement du compte de dépenses web
- Rehaussement des rapports financiers

Service alimentaire

- Intégration du nouveau gestionnaire
- Projet d'optimisation—Cible de 40 k$
- Révision de la stratégie de distribution de St-Cyprien (Burlodge)
- Protocole à établir concernant l'utilisation des suppléments alimentaires

FEIM

- Cabine audiologique
- Réaménagement imagerie (bureau radiologiste, mammographie et caméra de médecine nucléaire)
- Remplacement des fenêtres à St-Antonin
- Projet de salle blanche (pharmacie)
- Chaises pour le centre de prélèvements
- Réaménagement du PAC (suite au dégât d'eau)
- Construction d'une salle d'archives dans le garage pour la filmathèque
- Réintégration des locaux du RC du PAC
- Hotte au laboratoire

Approvisionnements

- Optimisation
- Comité des fournitures médicales

Hygiène et salubrité

- Plan d'action SST
- Suivi du plan des effectifs attribués au service

Développement durable

- Poursuite des activités du comité Environnement
- Plan d'action de la Stratégie d'économie d'eau potable

Buanderie

- Optimisation

Génie bio-médical (GBM) et prêt d'équipements

- Intégration des équipements en imagerie (mammographie, caméra de médecine nucléaire)

Mesures d'urgence

- Déploiement du plan d'action

Technologies de l'information

- PQ-DME
- Déploiement DSQ
- Migration à Windows 7
- Rehaussement Lotus Notes
- Déploiement dictée numérique (réalisé en radiologie)
- Implantation d'une console électronique
- Rehaussement de Winpunch
- Rehaussement des imprimantes
- Implantation SI-PMI (réalisé)
- Rehaussement des rapports financiers

Archives

- Gestion des espaces (CLSC et CHRGP)

5.7 Communication

Communications internes

- Publication de cinq éditions du journal interne la Rumeur officielle;
- Édition de sept numéros de l'OMNI-PAROLES, le bulletin des omnipraticiens de la MRC de Rivière-du-Loup;
- Dépôt du Règlement sur les communications du CSSS de RDL (novembre 2014)
- Rédaction de plans d'action de communication développés dans le cadre de différents projets, dont :
    - Agrément (juin 2014)
    - Clinique de transition (septembre 2014)
    - Dossier santé Québec (DSQ)
    - Téléphonie (CLSC), câblodistribution en CHSLD, tarifs de stationnement au CHRGP (novembre 2014)
    - Approche adaptée à la personne âgée (développement d'outils visuels pour les départements)
    - Signalisation interne en imagerie médicale (mai 2014 et janvier 2015)
    - Colloque AQPPEP (octobre 2014)
    - Clinique STEPP (février 2015)

- Logistique de l'assemblée d'information publique du CSSS RDL (7 novembre 2014).
- Soutien aux directeurs et aux gestionnaires pour les communications des diverses mesures d'optimisation
- Participation au comité de la sécurité civile – mission santé du CSSS de RDL (dépôt du plan local)
- Logistique de deux tournées d'information du directeur général
- Participation aux comités de communication de l'ASSS BSL et de l'ACRDQ et à la Table territoriale en omnipratique de la MRC de Rivière-du-Loup.

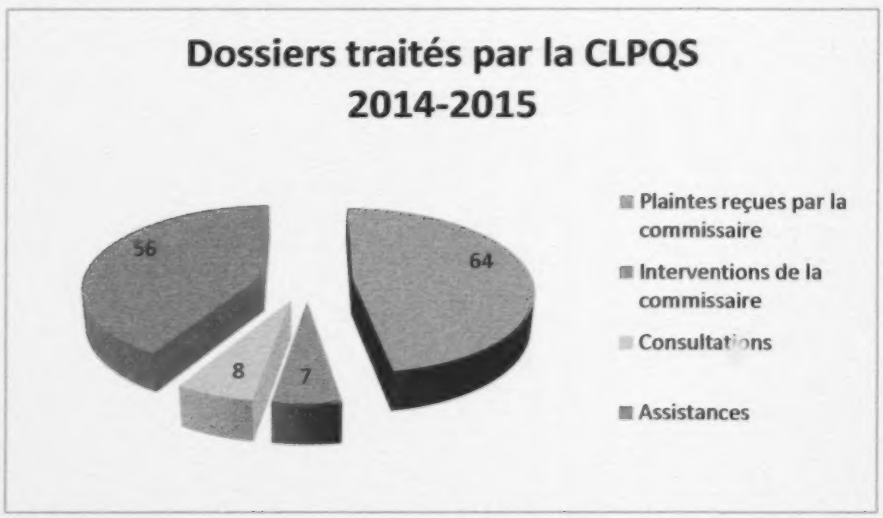
Communications externes

- Tenue d'une revue de presse quotidienne (près de 300 mentions du CSSS en 2014-2015);
- Diffusion de 15 communiqués de presse sur différents sujets;
- Enregistrement de 36 entrevues médiatiques;
- Réception de 86 demandes d'information ou d'entrevues de la part des médias.

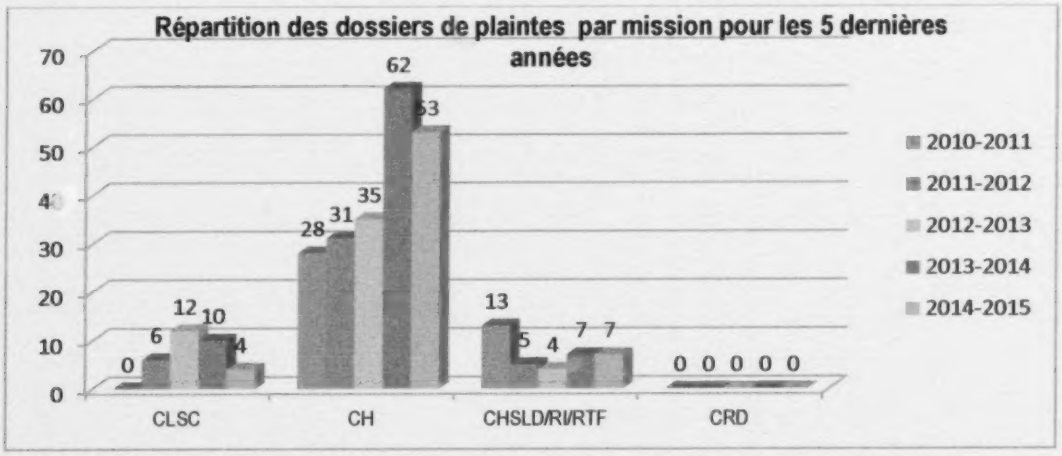
6 Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

La commissaire se doit d'occuper une fonction exclusive au sein de l'établissement et elle relève directement du conseil d'administration. Son rôle est, notamment, d'assurer le respect des droits des usagers et de veiller à l'amélioration de la qualité des services, en faisant, entre autres, la promotion de sa fonction, des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes. La commissaire possède les compétences pour traiter les plaintes qui émanent des soins et services donnés par le CSSSRDL au Centre hospitalier régional du Grand-Portage, en CHSLD (Centre d'hébergement Saint-Joseph, Centre d'hébergement de Saint-Cyprien et Centre d'hébergement de Saint-Antonin), en CLSC (points de service de Rivière-du-Loup, L'Isle-Verte, Saint-Épiphane et Saint-Cyprien) ou à domicile, en hébergement en ressources intermédiaires (12 résidences sur le territoire) ou en ressource de type familial (75 places sur le territoire) ainsi qu'au Centre de réadaptation en dépendance L'ESTRAN. Elle a aussi pour mandat de faire la promotion de son rôle, prêter assistance à ceux qui lui demandent et intervention si elle le juge nécessaire.

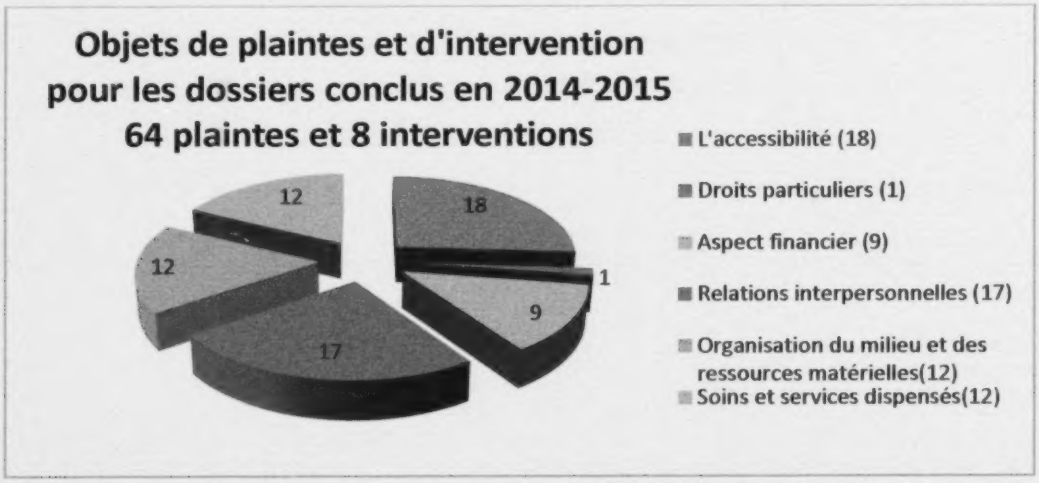
Au début de l'exercice 2014-2015, deux plaintes provenaient de l'année précédente. Au cours de l'année, la commissaire a reçu 67 nouvelles plaintes et a complété le traitement de 64 dossiers. Au début de l'exercice 2015-2016, cinq dossiers demeurent en attente d'être conclus. Pour la période financière de 2013-2014, 80 dossiers avaient été conclus, il y a donc une diminution de 16 dossiers. En cours d'année, trois dossiers ont fait l'objet d'une demande de révision auprès du Protecteur du citoyen. Dans le cadre de son mandat, la commissaire aux plaintes a traité sept situations par son pouvoir d'intervention et elle a également traité 56 dossiers d'assistance et reçu huit demandes de consultation.



La provenance des dossiers est répartie entre les missions du CSSSRDL de la façon suivante :



Cette année, 64 dossiers de plaintes ont été répertoriés parmi les plaintes et les interventions conclues pendant l'exercice, en lien avec les catégories ci-dessous :



Des conclusions sont émises pour chaque plainte traitée et sont dégagées de chaque intervention menée. Plusieurs d'entre elles visent à donner des explications ou des informations concernant les situations rapportées. Par exemple, cela permet au plaignant de mieux comprendre les critères d'éligibilité aux services offerts ou le mode d'organisation et la façon dont sont dispensés les services. Par contre, lorsque des correctifs ou des améliorations découlant du traitement d'une plainte ou d'une intervention sont nécessaires, des mesures correctives visant l'amélioration de la qualité des services sont alors identifiées.

Cette année, pour 64 dossiers de plainte, 17 dossiers ont entraîné 20 recommandations de la commissaire, soit 26 % d'entre eux. Quant à la nature de ces recommandations, elles sont à portée individuelle dans neuf cas, contre 11 objets ayant une portée systémique. Il est donc important de souligner que la plainte qui a généré une mesure corrective permet d'apporter des correctifs qui augmenteront la qualité des soins et services offerts à l'ensemble des usagers. Les 17 recommandations ont touché les aspects suivants :

Des **mesures à portée individuelle** ont permis d'assurer l'encadrement de l'intervenant (3), de faire un ajustement financier (5), d'obtenir un service (1).

Les **mesures à portée systémique** ont permis de faire l'ajustement des activités professionnelles (1), l'amélioration des communications (1), la réduction des délais (1), l'amélioration des conditions de vie (1), l'amélioration des mesures de sécurité et protection (2), l'amélioration d'un protocole clinique ou administratif (4), la communication et la promotion (1).

Les interventions :
Au cours de l'année, 7 interventions ont eu lieu et ce pour 8 objets qui ont été formulés soit par un usager, un tiers ou un représentant. Ces demandes portaient sur les délais pour obtenir un service, la compatibilité de la clientèle, l'inquiétude de recevoir un congé prématurément. Ces interventions ont entraîné, dans deux cas, des mesures qui ont visé l'amélioration des soins et services.

Les plaignants :
Des 64 dossiers de plaintes, 20 ont été formulées par les représentants d'usagers et 44 ont été déposées par l'usager lui-même.

Délais de traitement :
En ce qui a trait au délai de traitement des dossiers, celui-ci est variable. Il est affecté par la présence de dossiers complexes. Cette année, 95 % des dossiers de plaintes ont été examinés par la commissaire à l'intérieur du délai maximum des 45 jours prévu par la loi.

Dossier en 2e instance (Protecteur du citoyen) :
Au cours de l'année, 3 dossiers ont été transmis au protecteur du citoyen. Ces dossiers ont entraîné des recommandations soit pour faire un rappel aux intervenants, faire un ajustement financier relié au frais de chambre ou de revoir les mesures de sécurité.

Les assistances :
La commissaire a prêté assistance dans 56 demandes soit pour aider l'usager à porter plaintes dans une autre instance (7) soit pour l'aider concernant un soin ou un service (49).

Dans le cadre de ses **autres fonctions**, la commissaire a participé aux activités suivantes :

- 5 séances du conseil d'administration;
- 6 rencontres du comité de vigilance;
- 2 rencontres de la Table régionale des commissaires du Bas-Saint-Laurent;
- Plusieurs rencontres avec des groupes d'employés du CSSS de Rivière-du-Loup pour la promotion du rôle et de la procédure des plaintes;
- 1 rencontre avec le Comité des usagers;

Le médecin examinateur :
En début d'exercice, 3 dossiers restaient à traiter. Au cours de la présente année, 5 nouveaux se sont ajoutés et un seul a été conclu. Donc, il reste 7 plaintes à traiter pour la prochaine année.

Comité de révision :
Une plainte provenant de l'année précédente a été conclue par le comité de révision.

7 Conseils et comités de l'établissement

7.1 Conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup ont débuté leur mandat le 1er février 2012.

Voici les membres du conseil d'administration en date du 31 mars 2015 :

- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente
- Mme Geneviève Pigeon, vice-présidente
- M. Daniel Lévesque, secrétaire
- M. Benoit Blanchet
- Mme Marie-Claude Daris
- Mme Christine Desrosiers
- M. Maurice Dumas
- Dr Normand Gervais
- M. Germain Dupuis
- Mme Nicole Landry
- M. Gilbert Blachon
- M. André Morin
- M. Jean-Louis Lévesque
- Mme Christiane Thibault
- Mme Marielle Raymond
- M. Serge Rochette

7.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

NOM ET TITRE DES MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF

- Alain Dionne, pharmacien-chef et président du CMDP
- Dr Jean-Pierre Arsenault, vice-président
- Dr Jean-François de la Sablonnière, secrétaire-trésorier
- Marc Beaudoin, pharmacien et administrateur
- Dre Christine Boudreau, administratrice et représentante des soins de longue durée
- Dre Isabelle Lang, administratrice et représentante du CLSC
- Docteur Éric Czech, administrateur
- Ainsi que M. Daniel Lévesque, directeur général, Dr Louis Lapointe, DSP et Mme Nathalie D'amours, adjointe au DSP

L'exécutif a tenu 10 réunions, lors de la dernière année. Le sujet qui a retenu principalement l'attention pour une deuxième année consécutive est la pathologie. En effet, les difficultés rencontrées afin de maintenir les activités et les services dans ce secteur sont très nombreuses. Devant le constat d'échec du docteur Romero en lien avec son stage, le département de pathologie de Rivière-du-Loup demeure très fragile et nous demeurons très inquiets quant à la qualité et la quantité des services offerts par ce département. Nous avons une liste d'attente qui est au bord de l'inacceptable. Nul besoin d'ajouter que nous espérons grandement que la formation du CISSS, malgré la distance supérieure de 70 kilomètres entre Rimouski et Rivière-du-Loup, puisse venir mettre un peu de baume sur la plaie et faire en sorte que la population du KRTB puisse bénéficier des services de pathologie auxquels ils ont droit.

L'exécutif a eu à se pencher également sur la trajectoire à l'interne de la thrombolyse cérébrale. En effet, il a fallu déterminer les façons de faire, selon qu'on ait ou non un neurologue de garde présent dans l'établissement, pour un patient qui ferait un accident vasculaire cérébral (AVC) sur une unité de soins. La trajectoire est maintenant connue et il ne reste qu'à former les personnes impliquées d'ici les prochains jours. On pourra conclure, à ce moment-là, que le dossier est réglé.

Les comités obligatoires fonctionnent à plein régime dans notre milieu. Que ce soit le comité d'évaluation de l'acte médical, dentaire et pharmaceutique, le comité de pharmacologie et de thérapeutique ou encore le comité d'examen des titres, tous se réunissent régulièrement et voient à accomplir avec mention les mandats qui sont décrits dans les règlements de régie interne de notre CMDP. Les procès-verbaux qui sont lus à chaque exécutif en témoignent. Nous tenons à souligner aussi le travail du comité d'enseignement qui, encore une fois, a livré la marchandise cette année par les diverses activités d'enseignement qui se sont tenues à l'interne, mais aussi plus particulièrement pour la tenue de notre journée de formation annuelle du printemps. Il y a eu un excellent taux de participation de la part des médecins et pharmaciens du KRTB.
En lien avec les activités des comités obligatoires, nous avons vu cette année la conclusion du comité de discipline en lien avec une plainte pour laquelle le médecin examinateur avait demandé de former un comité de discipline. Le tout s'est soldé par une réprimande pour le médecin qui faisait l'objet de la plainte. Toutefois, le comité de discipline a aussi fait des recommandations afin d'éviter que de pareilles situations surviennent à nouveau. Elles ont été examinées par le comité exécutif du CMDP et le suivi a été fait aux chefs de départements concernés.

En terminant, j'aimerais remercier les personnes qui ont eu à travailler au comité exécutif du CMDP du Centre hospitalier régional du Grand-Portage de Rivière-du-Loup, lors de la dernière année. Il y a le docteur Jean-Pierre Arsenault, vice-président, le docteur Jean-François de La Sablonnière, secrétaire-trésorier, le docteur Éric Czech, la docteure Christine Boudreau, la docteure Isabelle Lang, le pharmacien Marc Beaudoin, le directeur général du CSSS-RDL, monsieur Daniel Levesque, le docteur Louis Lapointe, DSP par intérim à temps partiel (ou à temps très partiel comme il se plaît à le dire !!!) et enfin, madame Nathalie D'amours, adjointe à la DSP. Nous aimerions aussi souligner le travail exceptionnel de madame Hélène Pelletier, secrétaire administrative à la DSP, qui a contribué très fortement à la bonne marche de notre exécutif. C'est

sûrement là un point à retenir avec la formation d'un exécutif central qui ne pourra se passer, à notre humble avis, de ce soutien clérical et nous oserions dire professionnel. Cela dégagera assurément le secrétaire du CMDP central d'un travail administratif qu'il ne pourra assumer seul avec autant d'efficience et d'efficacité que le fera une personne ayant les qualités cléricales nécessaires pour cette tâche.

L'exécutif du CMDP central transitoire tiendra sa première réunion le 8 juin 2015. Au cours des discussions que nous tiendrons, il faudra assurément évaluer l'idée d'avoir sur place une ou deux personnes ressources membres du CMDP pour assurer la transition vers un exécutif de CMDP central permanent. Cela permettra la fluidité de l'information du CMDP central vers les établissements. Toutefois, après que la structure centrale sera bien en place, le mandat délivré à ces gens pourra prendre fin.

En conclusion, nous espérons tous que cette réforme ne soit pas qu'un exercice financier, mais qu'elle permettra, à tout le moins, de préserver la qualité des services offerts à notre population. Soyez assurés, que nous veillerons minutieusement à cela

Alain Dionne
Président du CMDP

7.3 Conseil multidisciplinaire

Nom et titre des membres du comité exécutif

- Isabelle Goudreau, orthophoniste, présidente;
- Josée Levasseur, ergothérapeute, vice-présidente;
- Natacha Rioux, psychologue, secrétaire;
- Maude Roy-Chabot, organisatrice communautaire, officière;
- Caroline Gendron, travailleuse sociale, officière
- Daniel Lévesque, directeur général, CSSS de Rivière-du-Loup;
- Claude Morin, représentant du CM sur le CA;
- Nadine Rouleau, représentante de la direction.

Mandat général du conseil multidisciplinaire (CM)

« Procurer un véhicule d'expression aux préoccupations professionnelles de groupes définis de dispensateurs de services et dont l'apport d'expertise et le vécu clinique peuvent contribuer à améliorer la qualité, l'organisation et la dispensation des soins et services. » (Affaires juridiques, *Les différents conseils professionnels d'une instance locale*, août 2004).

La loi (LSSSS) décrit le rôle du conseil multidisciplinaire (CM) à deux niveaux :

- **Auprès du conseil d'administration**
  - Il constitue les comités de pairs nécessaires à l'appréciation et à l'amélioration de la pratique professionnelle de ses membres;
  - Il fait des recommandations sur la distribution des soins et services dispensés par ses membres, eu égard aux conditions locales d'exercices requises pour assurer des services de qualité;
  - Il assume toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.
- **Auprès de la direction générale**
  - Il conseille sur l'organisation technique et scientifique;
  - Il propose les moyens à prendre pour évaluer et maintenir la compétence de ses membres;
  - Toute autre question que la direction générale porte à son attention.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- **Mandats reçus de la direction**
    - Déposer un avis les éléments nécessaires au CÉCM pour bien remplir son mandat.

Mandats reçus du conseil d'administration

- Aucun mandat spécifique.

Autres mandats/objectifs

- Poursuivre les travaux du comité de pairs en ergothérapie sur la pratique en ergothérapie en soins aigus et en faire le suivi;
- Faire le suivi des dossiers ayant des impacts au niveau des pratiques professionnelles (projet sismique, clinique de la douleur, chirurgies bariatriques, optimisation du soutien à domicile);
- Améliorer la participation des membres aux assemblées générales annuelles (AGA) et autres rencontres spéciales;
- Réaliser un sondage auprès de tous les membres de l'établissement concernant leurs besoins, leurs intérêts et leurs avis sur certaines questions;
- Organiser un midi-conférence;
- Organiser notre réseau de représentants professionnels;
- Établir une procédure pour l'accueil des nouveaux employés membres CM.

Bilan des activités

Nombre de réunions du comité exécutif du CM et taux de participation des membres

Nombre : 5 Taux de participation : 80 %

Nombre de réunions des comités suivants et taux de participation des membres

Comité des pairs suivants :

Nom du comité de pairs : Pratique en ergothérapie en soins aigus

Nombre : 2 Taux de participation : 100 %

Nombre de réunions des autres comités suivants et taux de participation des membres, le cas échéant :

Nom du comité : Comité de travail du CÉCM

Nombre : 1 Taux de participation : 70 %

Principaux avis et recommandations des comités de pairs

Le rapport complet est disponible sur l'Intranet ou sur demande auprès de madame Lucie Tardif.

Les avis et recommandations se déclinent en 16 points, dont voici un résumé :

- Mise à jour des formulaires de référence et d'intervention en ergothérapie;
- Instaurer une coordination professionnelle en ergothérapie;
- Revoir l'offre de service en ergothérapie et les priorités de l'organisation;
- Révision/mise à jour de certaines politiques et procédures;
- Aménagement de locaux et d'espace de travail;
- Amélioration/travaux à faire au niveau du continuum de service : guichet d'accès unique, protocoles pour la gestion des vacances, uniformisation de la rédaction, etc.

Recommandations émises au cours de l'année financière par le CM sur la distribution appropriée des soins et des services dispensés par les membres

- Aucune*.

Avis émis au cours de l'année financière par le CM, au directeur général, s'il y a lieu, concernant l'organisation scientifique et technique

- Aucun*

Sujets ayant fait l'objet de présentation et de discussion, sans rédaction d'avis formel autre que l'approbation/l'encouragement à poursuivre au niveau du procès-verbal;

- Déploiement du Dossier Santé-Québec (DSQ);

- Suivi de la planification stratégique.

L'évaluation et le maintien de la compétence de ses membres

- Aucun*
-

Participation de madame Danielle Gosselin, physiothérapeute au comité de développement des ressources humaines.

Autres points

- Avis sur les éléments favorisant un conseil multidisciplinaire dynamique au sein de l'établissement;
- Avis concernant le développement de ressources sages-femmes dans le KRTB – appui à la demande de financement pour un chargé de projet

** Aucun avis écrit officiel n'a été émis dans ces catégories. Toutefois, il est à noter que des discussions et des échanges ont eu lieu lors des rencontres du comité entre le CÉCM et la direction et que nous donnons régulièrement des opinions, des avis ou suggestions et soulevons également des problématiques lors de ces discussions. Ces avis, suggestions et opinions sont rapportés dans les procès-verbaux des rencontres.*

Indicateurs de suivi utilisés

- Suivi au procès-verbal lors des rencontres.

Autres activités réalisées

- Participation au processus d'Agrément : rencontre des présidents des différents conseils;
- Participation au comité des communications du CSSS Rivière-du-Loup;
- Participation au colloque de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMO).

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière
Nous avons atteint tous nos objectifs fixés pour l'année 2014-2015, à l'exception du dernier point. Beaucoup de travail reste à faire concernant l'accueil des nouveaux employés.

Le comité de pairs en ergothérapie a terminé ses travaux et nous avons fait le suivi des changements apportés (voir détails aux procès-verbaux);

Nous avons effectué notre sondage auprès de nos membres (voir résultats en annexe);

Une conférence sur les comités de pairs a été organisée et s'est tenue le 7 mai 2014. Une seconde présentation sur la gestion de cas est en préparation, mais a dû être reportée en raison de la disponibilité des présentateurs. Elle aura lieu au printemps 2015.

Au niveau de l'accueil des nouveaux membres, nous avons fait des démarches avec les ressources humaines pour avoir une information plus régulière sur l'arrivée de nouveaux employés faisant partie du CM et avons tenté de mettre en place une procédure pour s'assurer de l'information donnée lors de l'accueil. Toutefois, notre proposition de projet n'a pas été acceptée par les ressources humaines et la contreproposition ne s'est pas avérée réalisable.

Nous avons choisi de mettre le projet de côté en raison de la réorganisation à venir. Nous croyons toutefois que cet aspect, l'accueil et l'information des membres, sera d'autant plus important au sein du futur CISSS et apporterons cette préoccupation au futur CÉCM.

Pour ce qui est de la mise en place du réseau de représentants, nous devions d'abord obtenir de la direction l'approbation pour libérer les représentants pour deux à trois rencontres annuellement. Ces aspects devaient également être discutés au comité d'éthique et de gouvernance du CA, en lien avec le dépôt de notre avis sur la structure administrative supportant le CM au sein de la

direction de l'établissement. En date du 10 mars 2015, nous n'avons toujours pas eu de retour sur cet avis.

Également, en raison du contexte de changement politique lié à la loi 10, nous avons mis de côté le recrutement.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière
Compte tenu du contexte de la loi 10, le comité exécutif du CSSS de Rivière-du-Loup est dissout en date du 1er avril 2015. Toutefois, la direction de l'établissement demande au comité exécutif de poursuivre ses activités pendant la période de transition.

Nous nous donnons donc comme mandat de poursuivre le suivi des dossiers actifs (particulièrement au niveau de l'accueil des nouveaux membres), de suivre les impacts de la réorganisation au sein du CISSS et de faire la promotion des comités de pairs.

Dans la mesure où nous serons interpellés, nous souhaitons participer à la mise en place et à l'élaboration des règlements de régie interne du futur conseil multidisciplinaire du CISSS.

Recommandations générales s'il y a lieu
Le conseil multidisciplinaire du CISSS représentera plus d'une trentaine de professions différentes réparties sur un vaste territoire et dans plus de 30 sites différents ayant chacun leurs réalités. Déjà, chacun des CÉCM présents dans les établissements peine à remplir ses mandats faute de temps et de budget alloué. La tâche du futur CÉCM sera considérable et les moyens disponibles pour remplir les mandats du CM devront être à la mesure de la nouvelle réalité.

Nous sommes d'avis que les éléments critiques seront le temps de libération accordé aux membres, le budget de fonctionnement du CM, les moyens de communication, le soutien administratif ainsi que le nombre de membres sur le CÉCM, leur répartition sur le territoire et la possibilité d'avoir des sous-comités dans les divers établissements ou d'établir un système de représentants professionnels.

Conclusion
Les professionnels et techniciens du CM ont tous à cœur la qualité des services et la mise en place des bonnes pratiques basées sur les données probantes. La gestion du temps et la charge de travail importante sont souvent les aspects qui nuisent le plus à l'introduction de changement dans les pratiques ou à l'implication des professionnels dans la gestion et les prises de décisions. Le CM a donc un rôle important à jouer à ce niveau, principalement par le biais des comités de pairs.

Il est donc important d'avoir une direction multidisciplinaire travaillant avec un conseil multidisciplinaire bien présent dans les établissements et ayant les moyens de bien représenter chacun de ses membres afin que l'expertise et les connaissances des professionnels contribuent pleinement au bon fonctionnement de l'organisation, à l'amélioration continue des soins et services et à la gestion de leur qualité.

Nous tenons à remercier monsieur Daniel Lévesque, directeur général du CSSS de Rivière-du-Loup, pour tout le travail effectué, mais particulièrement pour son ouverture, son écoute et sa disponibilité.

Également, un grand merci à madame Lucie Tardif, adjointe administrative, sans qui le travail du comité exécutif ne serait pas possible.

Isabelle Goudreau
Présidente du conseil multidisciplinaire

7.4 Conseil des infirmières et infirmiers (CII)

Noms et titres des membres du comité exécutif

- Suzanne Beaulieu, présidente
- Sébastien Laprise, vice-président et trésorier
- Mélanie Chénard, secrétaire,
- Annie Langevin, officier
- Annie Francoeur, officier
- Anastasia Luckenuick, officier
- Luc Laporte, président du CIIA, officier
- Sharron Tanguay, vice-présidente CIIA, officier
- Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité
- Daniel Lévesque, directeur général
- Annik Lavoie, membre observateur (CÉGEP RDL)

Mandat

- Apprécier la qualité de l'acte infirmier posé dans notre CSSS.
- Faire des recommandations sur des règles d'utilisation des médicaments.
- Faire des recommandations sur la distribution de soins dispensés au CSSS.
- Assumer toute autre fonction que lui confie le conseil d'administration.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- Poursuivre promotion du CII au CSSS RDL.
- Poursuivre le développement du comité relève.
- Suivi d'indicateurs de qualité.
- Planifier et offrir de la formation continue.
- Développer une stratégie de communication.
- Distribution de notre dépliant pour les nouvelles infirmières et infirmiers embauchés.
- Collaboration étroite avec la directrice des soins infirmiers.
- Participation au comité gestion des risques.
- Suivi du processus d'Agrément.

Bilan des activités

- Cinq rencontres du comité exécutif du CII, pour un taux de participation des membres de 100 %.
- Deux rencontres ad-hoc du comité exécutif du CII : préparation de la semaine des infirmières et infirmiers.
- Deux rencontres du comité exécutif du comité des infirmières et infirmiers auxiliaires, pour un taux de participation de 100 %.
- Quatre rencontres du CAQSI, pour un taux de participation de 100 %.
- Présentation du colloque CII-CIR régionale en octobre 2014 à l'Hôtel Universelle en collaboration avec l'OIIRBSL. Cent infirmières de la région 01 ont participé à cette journée de formation.

Rapports du Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires et des autres comités du CII
CIIA

- Deux réunions ont eues lieu dont une rencontre a été tenue avec la DSI et la présentation d'un quiz sur le champ de pratique de l'infirmière auxiliaire.
- Révision de la grille du champ de pratique des infirmières auxiliaires.
- Visite de l'OIIAQ en mai 2015.

Comité de formation et communication

- Trois réunions ont eu lieu.
- Actions concentrées sur l'élaboration et la présentation des dîners du savoir.

Comité relève

- Ce comité a été créé en novembre 2013. Mme Marie-Pier Paradis et Mme Josiane Tardif sont nos deux infirmières relèves qui composent ce comité.

- Absence de Mme Paradis cette année, remplacé par Mme Jessy Pelletier IPS.
- Ce comité s'est réuni avec l'exécutif du CII pour l'organisation de la semaine des infirmières et infirmiers;
- Difficulté de garder le comité actif.

Activités d'appréciation de la qualité des actes infirmiers
CAQSI
Quatre rencontres ont eu lieu. Plusieurs dossiers ont été traités tels que la prévention des infections, le comité d'optimisation des fournitures médicales, code bleu/rose, problématiques dans différents secteurs.
Le comité s'est doté d'un plan de travail qui comprenait les priorités suivantes :

- Partager les idées, les interventions et les expériences de chacun des membres;
- Développer des pratiques de soins de qualité;
- Supporter les infirmières dans leur démarche d'amélioration de la qualité des soins;
- Diffuser à l'ensemble des centres d'activités du CSSS les activités d'amélioration et de maintien de la qualité du personnel soignant;
- Choisir, apporter, questionner et analyser toute situation qui a un impact dans la pratique infirmière.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, s'il y a lieu, concernant les ordonnances collectives et les protocoles

- Plusieurs ordonnances collectives ont été développées au cours de la dernière année pour faciliter le travail de l'infirmière à la clinique de transition.
- Plusieurs ordonnances collectives de l'INESS sont à l'étape d'adoption dans les GMF.
- O.C pour l'Île de Notre-Dame-des-Sept-Douleurs : Otite et Cystite.
- O.C sur les soins de plaies : à venir bientôt.
- La trajectoire mis en place nous permet d'être consulté.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, s'il y a lieu, concernant les règles de soins infirmiers applicables aux membres

- Règle de soins sur la contribution de l'infirmière lors d'un constat de décès à distance.
- Réception d'une ordonnance téléphonique ou verbale par une infirmière auxiliaire.

Avis ou recommandations émis au cours de l'année financière par le CII, s'il y a lieu, concernant la distribution appropriée des soins dispensés par les membres

- Suivi du dossier fardeau tâche au centre d'hébergement Saint-Joseph : présentation des résultats par Mme Isabelle Tremblay.
- Présentation et explications du dépôt de dossier de fardeau de tâche au CHSLD St-Antonin par Mme Brigitte Lavoie, DSI.

Avis émis par le CII au cours de l'année financière au directeur général, s'il y a lieu, concernant l'évaluation et le maintien de la compétence des infirmières et des infirmiers

- Déploiement de formation en ligne, évaluation des besoins.
- Réitère notre demande d'installation d'ordinateur dans les salles de pauses ou salle de rapport sur les unités (favoriser l'utilisation intranet et meilleure communication).
- Nous avons donné notre appui à une demande de financement pour une chargée de projet concernant le développement d'un service d'accompagnement Sage-Femme à Rivière-du-Loup.

Indicateurs de suivi utilisés

- Suivi des indicateurs tels que les chutes, les erreurs de médicaments, les infections nosocomiales et les contentions.
- Suivi audits sur l'administration des médicaments.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière

- Distribution d'un dépliant promotionnel pour les infirmières et infirmiers nouvellement embauchés.

- Dîner du savoir : trois présentations ont eu lieu : l'arrêt tabagique en décembre par Mme Carole Godin, le PTI en janvier par Mme Isabelle Massé et le diabète en février 2015 par Mme Isabelle Charron.
- Parution d'articles dans la Rumeur officielle et inscription sur intranet : activités de formation lors de la Semaine des infirmières.
- Maintenir le comité relève actif et poursuivre le recrutement.
- Participation financière des membres volontaires pour favoriser formation accréditée dans notre CSSS.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

- Participation au comité de la gestion des risques;
- Participation au comité ad-hoc sur les erreurs de médicaments.
- Les ordonnances collectives;
- Les règles de soins;
- Continuer la promotion du CII dans le CSSS;
- Consolider et développer le comité relève;
- Développer formation accréditée pour le personnel;
- Le suivi du plan PMO avec la direction des ressources humaines;
- La participation à la révision de la philosophie de soins;
- Développer un comité ad-hoc sur la gestion des risques : erreurs de médicaments, évaluation et plan d'action;
- Suivi post-agrément;
- Participer à toute demande de la direction générale.
- Développer le partenariat avec les professeurs en soins infirmiers au CEGEP et le CSSSRDL : partage des locaux de laboratoire de pratique pour de la formation continue.

  Invités : Mme Isabelle Morin, infirmière du l'urgence, présentation des cas clinique AVC thrombolyses, résultats positifs. Mme Sylvie Massé, DRH, présentation de la PMO. Mme Cathie Gauthier, conseillère en soins, présentation du projet novateur en GMF et la clinique de transition. Mme Isabelle Tremblay, chargée de projet CHSLD St-Joseph, présentation de la réorganisation.

Recommandations générales

- Demande d'installation de poste d'ordinateur dans les salles de pauses et salles de rapport sur les unités de soins.
- Nous désirons continuer notre collaboration avec la direction des soins infirmiers. Cette collaboration est exemplaire. Aussi, la participation du directeur général a été très appréciée.
- Nous souhaitons conserver un sous-comité formation aux installations de Rivière-du-Loup.

Conclusion

Nous avons travaillé sur la promotion du CII auprès des membres. Nous voulons assurer une relève et augmenter la participation des jeunes infirmières qui entrent dans la profession. Consolider nos acquis. Nous sommes plus visibles et cela est très positif.

Suzanne Beaulieu
Présidente CII

7.5 Comité de gouvernance et d'éthique

Le comité de gouvernance et d'éthique relève du conseil d'administration. De façon générale, les responsabilités du comité consistent à s'assurer que les pratiques de bonne gouvernance et d'éthique soient mises en œuvre dans l'établissement et par le conseil d'administration.

De façon plus spécifique, le comité a pour fonction :

- d'élaborer des règles de gouvernance pour la conduite des affaires de l'établissement;
- d'élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.0.4 de la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (chapitre M-30) applicable aux membres du conseil d'administration;
- d'élaborer des profils de compétences et d'expérience pour la nomination ou la cooptation des membres indépendants du conseil d'administration avec le souci d'identifier les compétences diversifiées qui sont requises et la représentation souhaitée du milieu en fonction de ses caractéristiques;
- d'élaborer des critères pour l'évaluation du fonctionnement du conseil d'administration;
- d'élaborer un programme d'accueil et de formation continue pour les membres du conseil d'administration;
- d'évaluer le fonctionnement du conseil d'administration selon les critères élaborés par le Comité et approuvés par le conseil d'administration.

Le comité est composé (au 31 mars 2015) de cinq membres du conseil d'administration soit :

- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente du comité
- Mme Nicole Landry
- M. Benoit Blanchet
- M. André Morin
- M. Serge Rochette

Pour assister le comité, M. Daniel Lévesque, directeur général, est présent aux différentes réunions du comité

Au cours de la dernière année, le comité s'est réuni à six reprises et le taux de participation des membres a été de 82 %. Le comité a révisé et/ou élaboré les règlements de régie interne de différents comités.

Les membres du comité ont pris connaissance des résultats relativement aux normes sur la gouvernance suite à la visite, en juin 2014, des représentants du Conseil Canadien d'Agrément. Le taux de conformité est de 89 %. Les normes non atteintes ont été inscrites au plan d'action 2014-2015 et des suivis ont été faits.

Les membres du comité ont rencontrés les président(e)s des différents comités et conseil du conseil d'administration afin de partager sur le fonctionnement et leurs besoins de supports tel que prévu à la règle de gouvernance sur l'évaluation du fonctionnement et de la performance du conseil d'administration, des comités et des conseils professionnels.

Au cours de l'année, le comité a émis des recommandations au conseil d'administration relativement au remplacement de membres au sein dudit conseil.

Doris Laliberté-Kirouac, présidente
Conseil d'administration

7.6 Comité de vigilance et de la qualité

C'est avec plaisir que le comité de vigilance et de la qualité présente son rapport annuel pour l'année de référence 2014-2015.

> « La qualité des services est La capacité d'une organisation à satisfaire les besoins et les attentes des clients (usagers), par l'utilisation des meilleures pratiques et la conformité aux normes établies, de façon efficiente et au moindre risque, au regard des ressources disponibles. Cette qualité se reflète tant au niveau des attitudes et des contacts humains établis entre le personnel et les clients, qu'au niveau des procédures et des services rendus. »

Membres
Le comité se compose de cinq personnes dont le directeur général et la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Les 3 autres personnes ont été choisies par le conseil d'administration parmi ceux de ses membres qui ne travaillent pas pour l'établissement ou n'exercent pas leur profession dans l'un des centres exploités par l'établissement.

Pour l'année 2014-2015, les membres sont :

- *Madame Nicole Landry*, membre du conseil d'administration, présidente du comité;
- *Madame Geneviève Pigeon*, membre du conseil d'administration, vice-présidente du comité;
- *M. Yves Courbron*, membre du conseil d'administration, représentant du comité des usagers (avril 2014 à septembre 2014);
- *M. Gilbert Blachon*, membre du conseil d'administration, représentant du comité des usagers (à compter de septembre 2014);
- *M. Daniel Lévesque*, directeur général et secrétaire du comité, membre d'office;
- *Mme Stéphanie Bush*, commissaire local aux plaintes et à la qualité des services, membre d'office;
- *Mme Doris Laliberté-Kirouac*, présidente du conseil d'administration, membre invitée;
- *Mme Brigitte Lavoie*, directrice des soins infirmiers et de la qualité, membre invitée.

Mandat du comité - Art. 181.0.3 LSSSS
Le Comité de vigilance et de la qualité veille à ce que le conseil d'administration s'acquitte efficacement de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits des usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

À cette fin, le Comité doit notamment :

- recevoir et analyser les rapports et recommandations transmis au conseil d'administration et portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services rendus, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes;
- établir les liens systémiques entre ces rapports et recommandations et en tirer les conclusions nécessaires afin de pouvoir formuler les recommandations prévues au paragraphe 3;
- faire des recommandations au conseil d'administration sur les suites qui devraient être données à ces rapports ou recommandations dans l'objectif d'améliorer la qualité des services aux usagers;
- assurer le suivi de ses propres recommandations auprès du conseil d'administration;
- favoriser la collaboration et la concertation des intervenants ou instances concernés par le paragraphe 1;
- veiller à ce que le commissaire local dispose des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires pour assumer ses responsabilités de façon efficace et efficiente;
- exercer toute autre fonction que le conseil d'administration juge utile au respect du mandat confié en vertu du premier alinéa.

Réunions
Le comité de vigilance et de la qualité a tenu six réunions entre le 1er avril 2014 et le 31 mars 2015.

Principales activités menées au cours de l'année 2014-2015

- Auto-évaluation du comité de vigilance et de la qualité;
- Suivi et échange en regard des actions menées par les différentes instances du CSSS et regroupées dans le tableau de bord d'amélioration continue de la qualité;
    - projet d'amélioration de l'attente au centre de prélèvements;
    - dossier de l'urgence volet ambulatoire (délai d'attente et triage);
    - rapport de la visite d'Agrément Canada;
    - dossier zones grises;
    - visites ministérielles en CHSLD;
    - comité ad hoc sur les erreurs de médicaments.
- Suivi des indicateurs de gestion des risques;
- Suivi des infections nosocomiales;
- Suivi des audits d'hygiène des mains;
- Visite du secteur de l'hébergement court terme (Pavillon des Cèdres);
- Projet de la clinique de transition.

Suivi des recommandations issues des rapports d'examen des plaintes

Le comité a pris connaissance des mesures et recommandations issues du traitement des plaintes par la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ainsi que celles du médecin examinateur.

Rapports et recommandations transmis au conseil d'administration

- Maintien d'un point statutaire « qualité-sécurité » à toutes les rencontres du conseil d'administration;
- Rapport trimestriel de gestion des risques;
- Suivi du tableau de bord d'amélioration continue de la qualité;
- Adoption de la mise à jour du règlement relatif à l'application des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques;
- Suivi de la visite d'Agrément Canada;
- Nomination d'un substitut à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Adoption de la procédure révisée d'examen des plaintes des usagers.

Conclusion

Le comité de vigilance et de la qualité est fier d'avoir réalisé les perspectives d'action établies dans le rapport annuel précédent et d'avoir assumé son rôle de vigie sur la qualité des services offerts au CSSS de Rivière-du-Loup.

Je tiens à remercier les membres du comité ainsi que les invités pour leur disponibilité et leur dynamisme et souhaiter à tous une belle continuité.

Nicole Landry
Présidente

7.7 Comité des usagers

Nom des membres du comité des usagers

- Président : M. Gilbert Blachon
- Vice-présidente : Mme Marielle Raymond
- Trésorière : Mme Jacinthe Moyen
- Administratrices : Mesdames Lise Pelletier, Madeleine Pelletier et Ginette Leblond

Mandat général du comité des usagers

Nous définissons le comité des usagers comme le gardien des droits des usagers et nous veillons à ce que les usagers soient traités avec respect et dignité. Il est l'un des porte-paroles importants des usagers auprès des instances de l'établissement. Le respect des droits des usagers, la qualité des services et la satisfaction de la clientèle sont les assises qui guident nos actions. Nous devons avoir une préoccupation particulière envers les clientèles les plus vulnérables et travailler à promouvoir l'amélioration des conditions de vie des personnes hébergées, avec une attention particulière pour la clientèle aînée.

Mandats ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- Veiller à l'amélioration des services au centre de prélèvements et à l'urgence;
- Veiller au bien-être constant de nos personnes en centre d'hébergement : alimentation, soins de santé, hygiène, etc.;
- Faire connaître à la population les services offerts par le CSSS;
- Faire connaître les services d'Info-Santé 811 auprès de la clientèle étudiante et tous les usagers par la distribution de signets magnétiques.

Bilan des activités

Nombre de réunions du comité des usagers et taux de participation des membres

Nombre : **10 réunions régulières** et **1 assemblée générale annuelle**
Taux de participation : **90 %**

Actions prises pour renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations

- Nous avons participé à la tournée d'information portant sur l'ensemble des services qu'offrent le CLSC et ses points de service satellites, nous rendant même à Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, municipalité située sur l'île Verte.
- La *Semaine des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux* est propice à une plus large diffusion car nous sortons de nos bureaux pour aller vers la population. Nous en profitons pour rencontrer les médias électroniques et placer de la publicité dans les journaux diffusés dans toute la région.
- Par ailleurs, madame Marielle Raymond en compagnie de madame Stéphanie Bush ont participé, en octobre 2014, à une émission télévisée *La Vie au Bas-Saint-Laurent*, pour conscientiser la population sur les services offerts par le CSSS et les droits des usagers.
- Cette année a vu aussi plusieurs rencontres dans les CHSLD pour renseigner les résidents lors d'activités spéciales ou des repas communautaires.
- De façon générale, nous avons accru notre présence dans les médias et madame Marielle Raymond, porte-parole du comité, a participé à plusieurs entrevues en lien avec notre mission et nos cinq fonctions.

Actions prises pour promouvoir l'amélioration de la qualité des conditions de vie des usagers

- Un de nos membres à participé à une rencontre pour développer un système d'affichage à l'urgence pour indiquer aux usagers le temps d'attente;
- Différentes activités de relance ont été faites afin de mettre sur pied deux nouveaux comités de résidents. Lettres, rencontres en vis-à-vis font partie de nos façons de faire pour les contacter;

- Une résolution a été adressée au Directeur général du CSSS pour qu'une attention particulière sont portée aux personnes subissant des préjudices lors de soins reçus afin qu'on puisse leur offrir un suivi adéquat;
- La distribution du calendrier Temporalis dans tous les CHSLD, les points de service du CLSC Rivières-et-Marées, les résidences intermédiaires permettent aux usagers de pouvoir nous contacter plus facilement car nos coordonnées y figurent et sont faciles à repérer;
- Les membres du Comité des usagers visitent les résidents des CHSLD du CSSS lors des activités de Noël et sensibilisent les familles à l'importance d'avoir un comité de résidents;
- À la suite de la visite du Comité de vigilance et de la qualité des soins au Pavillon des Cèdres, où nous avons participé à la rencontre des personnes hébergées sous la gouvernance de notre CSSS, il y a eu une révision pour que l'entente avec le propriétaire mentionne que les douches soient adaptées et le plan d'évacuation en cas d'urgence soit aussi révisé avec les pompiers de Rivière-du-Loup;
- Nous avons rédigé maintes lettres et fait des suivis à des résolutions prises en comité qui visaient l'amélioration des services en général;
- De nombreuses rencontres avec la commissaire locale aux plaintes viennent s'ajouter à cette description;
- De plus, nous avons assisté à de nombreuses formations, rencontres d'informations auprès d'instances spécialisées ce qui nous a permis d'agrandir notre bagage de connaissances et d'être mieux outillés. Ainsi, notre réflexion sur les actions à porter est basée sur une compréhension enrichie des situations;
- Participation à la Commission parlementaire avec le Conseil pour la protection des malades (CPM) sur la loi 20 et les médecins de famille;
- La promotion du futur CHSLD de 72 lits constitue une de nos priorités de même qu'un service de dialyse à Rivière-du-Loup.

Actions prises pour évaluer le degré de satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

- Nous avons contribué à plusieurs étapes et de bien des manières, à la rédaction du questionnaire portant sur la satisfaction de la clientèle en collaboration avec madame Brigitte Lavoie. Le questionnaire s'adresse aux résidents des CHSLD et aux résidents en hébergement à court terme;
- Installation de boîtes à suggestions dans trois des CHSLD et deux au CHRGP;
- Des rencontres ont été faites avec le directeur général et la représentante de la qualité des services et directrice des soins infirmiers pour faire un suivi dans les dossiers de grande importance;
- Période d'échanges et de discussions avec les participants lors des soirées publiques d'information portant sur les services offerts par le CSLC;
- Le suivi donné aux appels téléphoniques reçus;
- Rencontre avec les familles des résidents du CHSLD de Saint-Joseph;
- Commentaires reçus des représentants des CHSLD siégeant au sein de notre comité;
- Notre implication remarquable a été soulignée dans le rapport émis par Agrément Canada en début d'année 2015.

Actions prises pour la défense des intérêts collectifs et particuliers des usagers

- Lettre adressée à monsieur Martin Ouellet, chef de service au CHSLD Saint-Antonin soulignant un manque de personnel;
- Rencontres avec l'équipe de la Sécurité civile et celle des mesures d'urgence, les évaluateurs du ministère de la Santé et des Services sociaux, les représentants des autres comités des usagers de la région, les représentants du CAAP BSL, et la représentante du Dossier Santé Québec, etc.;
- Communications avec la direction du CSSS;
- Rencontres avec le député-ministre Jean D'Amour;
- Formation de deux nouveaux comités de résidents à Saint-Cyprien et à Saint-Antonin;
- Collaborations établies avec d'autres organismes du milieu : AQDR, Cercle des fermières, l'AFEAS et le comité *Abus jamais plus*;

- Entrevues et demandes d'information provenant des médias locaux et régionaux.

Suivi des activités des comités de résidents

- Chaque représentant donne un rapport à chaque rencontre du comité des usagers. En retour, chacune de ces personnes fait un compte rendu à son équipe après les rencontres tenues au CU;
- De nombreuses collaborations se font entre l'agente de liaison et les comités de résidents parfois en lien avec le CU;
- Présences actives des représentants du CU en CHSLD : AGA, fêtes particulières et sur invitation;
- Un rapport annuel est déposé par chaque comité des résidents et fait partie intégrante du rapport annuel du CU;
- Participation et assistance lors des premières réunions tenues par les nouveaux comités de résidents.

Indicateurs de suivi utilisés

- nombre de plaintes recueillies ou signalements d'insatisfaction;
- nombre d'entrevues données et la diversité des sujets : trois entrevues grand public et 15 entrevues téléphoniques;
- Plan d'action : suivi des actions en cours, réalisées, et à faire.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière

Il est parfois difficile d'atteindre tous les objectifs fixés en raison de la lourdeur de notre système de santé. Cependant, le dénouement heureux de certains dossiers, tels que la fenestration côté sud du CHSLD de Saint-Antonin, les réparations passagères des couvre-planchers aux CHSLD de Saint-Cyprien en attendant, dans les meilleurs délais, une solution globale et définitive à ce dossier. Nous avons aussi demandé une plus grande constance dans les affectations du personnel auprès des résidents dans les trois CHSLD.

Perspectives d'action pour la prochaine année financière

Dans le contexte actuel de fusion des établissements de la région en un seul établissement, le CISSS-BSL et ne connaissant pas les orientations de la nouvelle direction, nous avons tout de même travaillé sur un plan d'action pour remplir notre mission en tenant compte de nos cinq fonctions. Nous vous communiquons certains points qui nous apparaissent d'une grande importance :

- Visites des résidences intermédiaires et de type familial ou privé avec la commissaire aux plaintes ou tout autre personne titulaire d'un statut en lien avec la commissaire;
- Diffusion et compilation d'un questionnaire portant sur la qualité des soins et services pour les personnes recevant l'assistance du CLSC et suivi opportun du questionnaire déjà envoyé dans les CHSLD;
- Préparation et participation à la *Semaine des droits des usagers du réseau de la santé et des services sociaux,*
- Une attention spéciale sera portée aux usagers orphelins de médecin;
- Communications avec toute personne dépositaire d'un dossier, d'un statut professionnel en lien avec des problématiques soulevées par les usagers;
- Élaboration de nouvelles relations avec les autorités municipales louperivoises comme entité *Ville amie des aînés*;
- Continuité des dossiers cités dans la dernière année jusqu'à obtention de satisfaction : temps d'attente à l'urgence et au service des prélèvements, changements dans les erreurs de médicaments, etc.;
- Mise à jour de notre site Web;
- Promotion du service info-santé et info-social 811.

Recommandation, le cas échéant, visant :

Les droits et les obligations des usagers

- ✓ Voir à ce que les dépliants relatifs aux droits émis par le Comité des usagers et le CSSS (avec la commissaire locale aux plaintes) soient disponibles à tous les points de service du CLSC et dans les établissements.
- ✓ Promotion des droits et obligations des usagers en utilisant les médias.

L'amélioration de la qualité des conditions de vie et la satisfaction des usagers à l'égard des services obtenus

- ✓ En ce qui concerne le bain unique hebdomadaire, il faudrait s'interroger sur l'opportunité de prodiguer un deuxième bain.
- ✓ Revoir avec la responsable de la qualité des soins et services les recommandations à la suite de la visite d'Agrément Canada.
- ✓ Présence suffisante et stabilité du personnel soignant dans les établissements tels que les CHSLD et le CLSC. Ex. : même intervenant auprès des usagers pour les soins qui lui sont donnés.

Autres recommandations :

- ✓ Collaboration constante avec la direction;
- ✓ Respect des décisions prises en partenariat avec le Comité des usagers et le CISSS;
- ✓ Suivi rigoureux à faire en vue de la future construction du nouveau CHSLD 72 lits.

Conclusion

Nous considérons l'année qui vient de se terminer remplie de fructueuses collaborations avec les différents partenaires du CSSS : direction générale, direction des CHSLD, direction des divers services, la commissaire locale aux plaintes notamment.

Notre souhait le plus cher est que cette collaboration ne cesse de s'accroître dans le seul but d'améliorer les soins et les services de santé offerts à nos usagers, raison d'être de notre réseau de santé et services sociaux.

Et ce, même si nous nous interrogeons sur l'avenir des relations avec le CISSS car le service de proximité semble s'éloigner de plus en plus.

7.8 Comité d'éthique

Nom et titre des membres du comité d'éthique clinique

Membres du CSSS de Rivière-du-Loup :

- Dre Céline Gravel, ophtalmologiste
- Mme Sarah Bélanger, pharmacienne
- M. Jules Massé, intervenant spirituel
- Mme Suzanne Michaud, archiviste
- Mme Suzanne Beaulieu, infirmière clinicienne
- Mme Andrée Sirois, Travailleuse sociale
- Mme Christiane Thibault, représentante du CA du CSSS de Rivière-du-Loup
- M. Cyr Dumas, retraité

Membre du CSSS des Basques :

- Mme Élisabeth Lavoie

Membres du CSSS du Kamouraska :

- Mme Annie Chamberland
- M. André Baker

Membres du CSSS de Témiscouata :

- Dr Joan Banet, omnipraticien
- Mme Jessica Briand

Mandat général du comité d'éthique clinique

Le rôle du comité d'éthique clinique est de faire la promotion de l'éthique dans les CSSS du KRTB. Il est porteur d'un volet éducation et d'un volet clinique auprès des intervenants concernant des questions d'ordre éthique. Ce rôle se traduit dans le concret à trois niveaux : le volet purement clinique qui est la principale source d'activité du comité, le volet institutionnel qui répond aux demandes pouvant provenir des différentes organisations du KRTB et du volet de l'engagement qui fait la promotion de l'éthique.

Priorités ou objectifs spécifiques au cours de l'année financière

- Volet sensibilisation et formation :

  a) sensibilisation : (Outil de sensibilisation utilisables avec tous types d'intervenants et dans tous les CSSS)

  Réaliser une activité de sensibilisation visant principalement les équipes médicales, les chefs des services cliniques de toutes les missions des CSSS et les équipes de direction. Présentation de l'approche de la Dre Sylvie Bouliane du CHUM ou autre. Présentation de son approche en éthique clinique dans sa pratique quotidienne (Juin 2015).

  Note : Cette activité est en suspend compte tenu des changements majeurs qui s'opèrent dans nos établissements actuellement et de la difficulté à mobiliser les ressources cliniques.

  PORTEUR : Comité central

  b) Volet développement du comité d'éthique : (Activité de réflexion avec un expert autour du comment faire pour animer la vie éthique dans nos milieux cliniques.

  - Organiser une activité de formation pour le comité d'éthique et ses partenaires pour outiller ses membres à la réflexion éthique (Juin 2015).

  PORTEUR : Comité central

  c) Volet formation continue du comité d'éthique : Consolider la formation en cours par une activité de formation pour le comité d'éthique et ses partenaires pour continuer à outiller ses membres à la réflexion éthique. Formation de 3 heures en 1 volet. 3 heures sur l'application du modèle de délibération en pratique à partir d'un cas clinique réel. Dépôt d'un avis clinique du cas exposé. (Octobre 2014) **Note : Ce volet de formation a été réalisé comme prévu. Deux activités de 3 heures de formation ont été réalisées en utilisant le modèle de délibération de George Legault. Une équipe de soins du CSSS de Rivière-du-Loup s'est prêtée à l'exercice avec les membres du comité d'éthique élargie du KRTB.**

  Une seconde démarche de formation est en cours et la partie théorique est réalisée. Il s'agit d'une délibération selon l'approche narrative.

  PORTEUR : Comité central

- Volet Développement d'outils :
  - Mise à jour et personnalisation du dépliant du comité pour chacun de nos CSSS;
  - Création d'un objet promotionnel significatif pour les utilisateurs du comité d'éthique;
  - Présentation du modèle au comité d'éthique (Juin 2014). *Note : Document actualisé comme prévu. Une mise à jour sera nécessaire à la suite à la mise en place du CISSS.*

    PORTEUR : CSSS des Basques
  - Actualisation du dépliant concernant l'humanisation des soins dans nos établissements.

    PORTEUR : CSSS du Témiscouata (Mars 2015)

- Volet Éthique clinique :
  - Réaliser un minimum de quatre réflexions cliniques au cours de l'année et cela pour l'ensemble de nos CSSS. Tous les sites sont responsables d'alimenter ce volet. Un nombre de 5 cas cliniques est initialement un minimum à atteindre. (Septembre à mai 2015)

Note : Objectif atteint partiellement, nous avons discuté de 3 cas cliniques en comité d'éthique pendant l'année 2014-2015

- Volet CSSS de Rivière-du-Loup :
  - Intégration d'une coordonnatrice clinique ayant pour mandat de faire les liens entre le terrain et e comité d'éthique. (Novembre 2014) **Note : Ce dossier est toujours en cours et nous sommes en attente d'une ressource de l'établissement à cet effet.**
  - Intégration des chefs des services cliniques dans la gestion de l'éthique au CSSS de Rivière-du-Loup : Rencontre des chefs des services cliniques pour les intégrer dans la démarche éthique du CSSS. Sensibilisation à l'éthique, intégration dans le continuum éthique, implication dans les réflexions cliniques, rencontres de discussions éthiques, etc... (Mars 2015)
    Note : Objectif non atteint en raison des changements qui sont en cours dans le réseau actuellement. *Cet objectif sera à redéfinir en regard de la structure du CISSS.*

Bilan des activités

- Le nombre de réunions du comité d'éthique clinique est de 10 et le taux de participation des membres est à 60 %. Cela en dehors des activités des sections locales du comité d'éthique des CSSS du KRTB.
- Trois questionnements ont été traités au cours de l'année 2014-2015. Au CSSS de Rivière-du-Loup et au CSSS du Kamouraska
- Il est intéressant de noter que les sujets soumis concernaient différentes missions de nos CSSS, entre autre, les volets : hospitalier, communautaire et l'hébergement.

Principales difficultés éthiques soulevées

Il est difficile de rejoindre les gens dans les différentes missions de l'établissement malgré le fait d'avoir un lien entre le comité d'éthique et les intervenants. Très peu de demandes de questionnements éthiques parviennent au comité d'éthique.

Le comité d'éthique clinique bénéficie-t-il d'un soutien financier et administratif pour lui permettre de remplir son mandat?

Le comité d'éthique a reçu une contribution de chacun des CSSS du KRTB pour favoriser ses activités. Il est maintenant outillé pour mettre en place des outils indispensables au développement de la vie éthique dans nos établissements du KRTB. Ce financement permet d'offrir des formations aux membres du comité d'éthique

Perspectives d'action pour la prochaine année financière.

Le comité est actuellement en transition et son fonctionnement sera revu en fonction des attentes du nouveau CISSS du Bas Saint-Laurent.

Recommandations

Il est impératif qu'une personne soit mandatée pour faire les liens entre le comité d'éthique et les intervenants du CSSS de Rivière-du-Loup. Cette personne se doit d'être présente de façon régulière dans les différents services de l'établissement pour recueillir le plus rapidement possible les faits du quotidien qui suscitent un questionnement éthique chez nos diverses clientèles et notre personnel. La présence de cette personne est indispensable à la transmission des demandes vers le comité d'éthique.

Conclusion

Le comité d'éthique du KRTB continu ses démarches de mise en place de ses structures.

Cyr B. Dumas
Président

7.9 Comité de gestion des risques

Mandat du comité
Conformément à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), le mandat du comité de gestion des risques consiste à rechercher, développer et promouvoir des moyens visant notamment à :

- identifier et analyser les risques d'incidents et d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers et des employés et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence ;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté aux victimes et aux proches ;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents ;
- recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

Composition du comité de gestion des risques
Les membres du comité de gestion des risques pour l'année 2014-2015 sont :

- Mme Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et de la qualité, présidente;
- M. Roger Plante, représentant du comité des usagers (jusqu'en septembre 2014);
- Mme Madeleine Pelletier, représentant du comité des usagers (à compter de septembre 2014);
- M^me^ Luce Landry, chef de service de l'unité de retraitement des dispositifs médicaux;
- M. Sébastien Laprise, conseiller en prévention des infections;
- M^me^ Marie-Ève Côté, analyste en informatique;
- Mme Christine Landry, conseillère santé et sécurité au travail et qualité de vie au travail (jusqu'en février 2015);
- M. Gilles Lavoie, conseiller santé et sécurité au travail et qualité de vie au travail (à compter de février 2015);
- M^me^ Helen LaViolette, technicienne administrative et chef de service des approvisionnements par intérim;
- M^me^ Caroline Morin, coordonnatrice du programme santé mentale (représentante du conseil multidisciplinaire) (jusqu'en septembre 2014);
- M^me^ Martine Cormier, psychologue (représentante du conseil multidisciplinaire) (à compter de mars 2015);
- M^me^ Suzanne Beaulieu, assistante du supérieur immédiat (représentante du conseil des infirmiers et infirmières);
- Mme Guylaine Boucher, chef du service soutien technique, sécurité et mesures d'urgence par intérim (jusqu'en janvier 2015);
- M. Doris Vachon, chef du service soutien technique, sécurité et mesures d'urgence par intérim (à compter de février 2015);
- M^me^ Caroline Larouche, gestionnaire de risques par intérim;
- M^me^ Michelle Gagnon, agente administrative et secrétaire du comité.

Réunion
Le comité de gestion des risques a tenu sept réunions entre le 1^er^ avril 2014 et le 31 mars 2015 qui se sont déroulées aux dates suivantes :

- le 9 mai 2014;
- le 22 septembre 2014;
- le 24 novembre 20143;
- le 19 janvier 2015;
- le 16 mars 2015.

Priorités du comité pour l'exercice 214-2015
À son agenda, le comité de gestion des risques avait inscrit dix priorités pour l'exercice 2014-2015. L'état d'avancement de ces travaux est présenté ci-après.

- Analyser les causes d'erreurs liées à la médication et mettre en œuvre des mesures correctives afin de diminuer le nombre d'évènements en lien avec les erreurs de médication par la mise en place d'un comité ad hoc.
  Le comité a été formé et une rencontre a eu lieu en février 2015. Les rencontres se poursuivront en 2015-2016.

- Mettre en œuvre le nouveau formulaire AH-223 et l'application WEB produite par la SOGIQUE ;
  Objectif réalisé.

- Réaliser des activités de formation sur la prestation sécuritaire des soins et des services offerts par l'établissement;
  Un bulletin d'information publié en février 2015.

- Offrir une formation sur la gestion des risques incluant le nouveau formulaire AH-223 ;
  La formation a été offerte dans les installations en avril et mai 2014.

- Offrir une formation aux gestionnaires sur l'analyse et la divulgation d'un évènement sentinelle ;
  Formation non réalisée.

- Réviser le processus de gestion des alertes et des rappels au sein du CSSS ;
  La procédure de gestion des alertes et des rappels a été révisée en mai 2014.

- Déployer le programme de prévention des chutes et d'intervention à la suite d'une chute ;
  Le déploiement du programme de prévention des chutes et d'intervention à la suite d'une chute est réalisé à 50%. Le déploiement se poursuivra en 2015-2016.

- Déployer le programme de prévention des plaies de pression ;
  Le déploiement du programme de prévention des plaies de pression est réalisé à 50%. Le déploiement se poursuivra en 2015-2016.

- Planifier des rencontres les ressources de type familial (RTF) et les ressources intermédiaires (RI) liées par contrat de service avec l'établissement afin de les sensibiliser à une culture de sécurité et la déclaration des incidents et accidents dans leur milieu ;
  Rencontres non effectuées.

- Recruter un médecin pour siéger au sein du comité de gestion des risques.
  Objectif non atteint.

Registre local des incidents et accidents

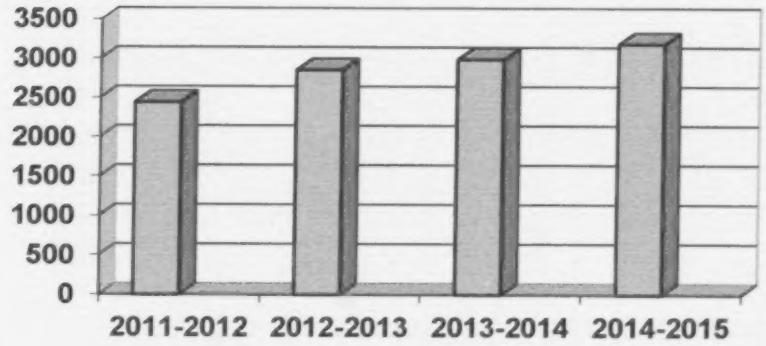
Assurer la sécurité des usagers est un des objectifs prioritaires de notre démarche d'amélioration continue de la qualité. Les incapacités temporaires et permanentes qui résultent des accidents évitables sont parmi les causes significatives de morbidité ou de mortalité dont on doit se préoccuper. La gestion des risques est un processus continu, qui permet l'identification de situations à risques afin d'intervenir rapidement pour prévenir, sinon limiter les dommages. Chacun de nous doit consentir des efforts pour évaluer la qualité des services, privilégier les meilleures pratiques et s'assurer qu'elles soient sécuritaires.

Indicateurs 2014-2015

On compte 3 185 évènements déclarés cette année comparativement à 2 988 l'année dernière. C'est donc 197 rapports de plus qui sont parvenus en gestion des risques cette année.

Bref, une moyenne de 245 rapports d'incidents/accidents acheminés par période, pour validation et compilation par la gestion des risques.

Graphique 1
Évolution du volume annuel de déclarations



Graphique 2
Évolution du volume périodique de déclarations

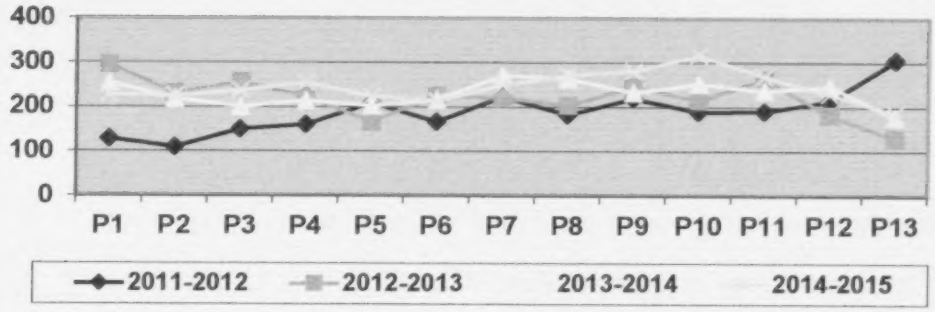
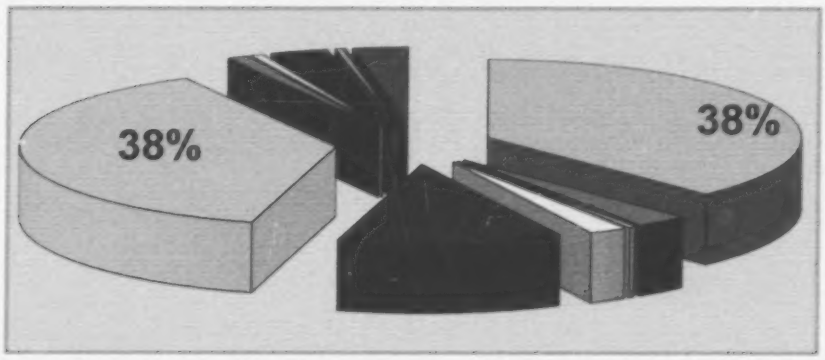


Tableau 1
Volume de déclarations par installation

	2014-2015
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	1 241
CHSLD St-Joseph	869
CHSLD St-Cyprien	226
CHSLD St-Antonin	335
CLSC Rivières et marées	80
Ressources intermédiaires	285
UTRF- Pavillon des Cèdres	149
TOTAL	3 185

Répartition des évènements indésirables par type d'évènement
On compte 3 185 événements déclarés cette année. Pour l'ensemble de l'organisation, les chutes et les médicaments représentent 76 % des déclarations d'événements; les chutes correspondent à 38 % et les erreurs de médicaments à 38 % des événements indésirables.

Graphique 3
Volume de déclarations par type d'évènement



Chute
Effet personnel
Test diagnostique
Équipement
URDM
Traitement
Autre
Matériel
Sécurité information
Diète
Médicament
Abus/agression
Bâtiment

Tableau 2
Volume de déclarations par type d'évènement

	Chutes	Diète	Médication	Test diagnostiqu	Traitement	URDM	Effets Personnels	Matériel	Équipement	Agression, abus	Bâtiment	Autres	Total 2014-2015
TOTAL	1205	9	*1205*	34	87	90	62	20	12	94	3	364	3185

Tableau 3
Volume de déclarations par niveau de gravité

		2014-2015	2013-2014	
Incidents	A- Situation à risque	62	55	Évènements sans conséquences
Incidents	B- Échappé belle	259	187	
Accidents	C- Pas de conséquence	1427	1776	
Accidents	D- Conséquence crainte ou anticipée	995	577	Évènements avec conséquences mineures
Accidents	E1- Exige soins non spécialisées	341	315	
Accidents	E2- Exige soins spécialisés	73	43	
Accidents	F- Conséquence temporaire exigeant hospitalisation	27	27	Évènements avec conséquences majeures
Accidents	G- Conséquence permanente	0	3	
Accidents	H- Intervention pour maintenir en vie	0	0	
Accidents	I- Décès	1	4	
	Indéterminé	0	1	
	TOTAL	**3185**	**2988**	

Volume total des évènements indésirables par gravité
L'objectif ultime de la gestion des risques est de pouvoir réduire le taux d'accidents et d'en venir à déclarer d'avantage d'incidents, voire des situations à risque.

Sur les 3 185 déclarations d'incidents/accidents reçues pour l'année de référence 2014-2015, 1 748 (54,8 % du total des événements) n'ont pas eu de conséquences pour l'usager. Il s'agit des événements de gravité A à C.

D'un autre côté, 1 409 événements indésirables ont occasionné des conséquences mineures aux usagers. Il s'agit des événements de gravité D, E1 et E2.

Par ailleurs, 28 événements indésirables ont eu des conséquences importantes et ont nécessité une hospitalisation ou un prolongement d'hospitalisation visant à contrôler les conséquences de cet événement ou causer un décès. Il s'agit des événements de gravité F à I.

Événement sentinelle
Un événement sentinelle est un événement inattendu, potentiellement inévitable, lié à des processus ou à des interventions qui mènent ou qui auraient pu mener à un décès, une perte de fonction importante ou permanente chez l'individu ou des dommages matériels graves et importants aux biens de l'établissement. Les événements sentinelles sont ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques et ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

En 2014-2015, 61 événements sentinelles ont été déclarés et 41 % d'entre eux sont reliés à une chute ayant pour principale conséquence une fracture.

Recommandations du coroner
Aucun suivi de coroner au cours de l'année 2014-2015.

Bilan des activités
Mesures prises pour la surveillance des évènements indésirables

- Un tableau de bord trimestriel incluant le nombre d'incidents et d'accidents pour chacune des catégories d'évènements pour l'année en cours en comparaison avec les 2 années précédentes est présenté au comité de gestion des risques et au comité de vigilance et de la qualité.
- Les statistiques sous forme de graphique illustrant le nombre d'évènements dans toutes les catégories sont acheminées 2 fois/année aux gestionnaires de chacun des secteurs.
- Formation d'un comité ad hoc ayant pour but de contribuer à l'élaboration du plan d'amélioration en proposant des mesures préventives et correctives pour éviter que les mêmes types d'évènements se reproduisent.

Actions prises pour la surveillance des évènements sentinelles

- Un tableau indiquant les caractéristiques de chaque évènement est présenté au comité de gestion des risques ;
- Un suivi est effectué auprès des gestionnaires concernés.

Conclusion
Depuis plusieurs années, notre CSSS favorise une culture de sécurité par le biais de la déclaration des évènements indésirables, de leur analyse afin de mettre en place des mesures de prévention et de divulgation à l'usager et à ses proches. Les actions réalisées en gestion des risques à tous les niveaux de l'organisation témoignent de l'appropriation croissante du concept de gestion intégrée des risques par les employés, les médecins, et les gestionnaires.

En encourageant une culture de sécurité et l'appropriation de la gestion intégrée des risques, le comité de gestion des risques et ses partenaires agissent directement sur l'amélioration de la qualité des soins et services.

Brigitte Lavoie
Directrice des soins infirmiers et de la qualité

7.10 Comité de vérification

Membres du comité de vérification 2014-2015

- Mme Christine Desrosiers, présidente
- Mme Doris Laliberté-Kirouac
- M. Maurice Dumas
- M. André Morin
- M. Germain Dupuis
- La directrice des ressources financières, matérielles et informationnelles agit à titre de personne-ressource
- pour le comité de vérification.

Mandat général du comité de vérification

Le comité a notamment pour fonctions :

- de s'assurer qu'un plan visant une utilisation optimale des ressources de l'établissement soit mis en place et d'en assurer le suivi;
- de s'assurer que soit mis en place et appliqué un processus de gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement;
- de réviser toute activité susceptible de nuire à la bonne situation financière de l'Établissement portée à sa connaissance;
- d'examiner les états financiers avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration de l'Établissement;
- de recommander au conseil d'administration de l'établissement l'approbation des états financiers de l'établissement;
- de veiller à ce que des mécanismes de contrôle interne soient mis en place et de s'assurer qu'ils soient adéquats et efficaces.

Mandats ou objectifs spécifiques réalisés au cours de l'année

MOIS	ACTIVITÉS RÉALISÉES
Mai 2014	☐ Présentation du plan d'audit de la firme RCGT ☐ Approbation du budget préliminaire ☐ Règles de gouvernance ☐ Rapport annuel d'activités du comité
Juin 2014	☐ Rapport de l'auditeur ☐ Gestion intégrée des risques (Brigitte Lavoie) ☐ Adoption du rapport financier annuel ☐ Suivi du processus budgétaire ☐ Discussion sur le contexte budgétaire provincial
Juillet 2014	☐ Approbation du budget
Octobre 2014	☐ Plan d'action assurance salaire et temps supplémentaire (Sylvie Massé) ☐ Suivi budgétaire ☐ Reddition de comptes sur les placements ☐ Règle de gouvernance du comité de vérification
Décembre 2014	☐ Suivi budgétaire ☐ Choix de limite CSST ☐ Suivi du plan d'optimisation
Février 2015	☐ Gestion intégrée des risques (Brigitte Lavoie) ☐ Suivi budgétaire ☐ Suivi du plan d'optimisation ☐ Suivi des constatations de l'auditeur externe ☐ Présentation du processus budgétaire

	☐ Contrôles internes ☐ Preuve d'assurance des médecins ☐ Analyses financières 2012-2013 et 2013-2014
Mars 2015	☐ Approbation du rapport financier du fonds de santé au travail

Nombre de réunions du comité et taux de participation
Le comité de vérification a tenu (sept) 7 rencontres avec un taux de participation de 85 %.

Travaux réalisés pour s'assurer d'une utilisation optimale des ressources de l'établissement

- Présentation du processus budgétaire;
- Suivi budgétaire avec analyse des écarts;
- Suivi du plan d'optimisation;

Travaux réalisés au regard de la gestion des risques pour la conduite des affaires de l'établissement

- Présentation d'un document sur les contrôles internes liés aux immobilisations;
- Présentations de Mme Brigitte Lavoie sur la gestion intégrée des risques.

Travaux réalisés au regard d'activités susceptibles de nuire à la bonne situation financière de l'établissement et qui ont été portés à la connaissance du comité

- Aucun incident pour l'exercice 2014-2015.

Travaux réalisés avec le vérificateur nommé par le conseil d'administration

- Dépôt du plan d'audit;
- Dépôt par l'auditeur de ses observations;
- Réception et analyse des états financiers audités;
- Dépôt par l'auditeur de son rapport sur les états financiers.

Autres travaux réalisés à la demande du conseil d'administration

- Présentation de madame Brigitte Lavoie en ce qui a trait à la gestion intégrée des risques;
- Reddition de comptes sur les placements;
- Révision des règles de gouvernance;
- Suivi des analyses financières 2012-2013 et 2013-2014.

Indicateurs de suivi utilisés pour l'accomplissement du mandat

- Le comité de vérification a un calendrier annuel des activités à rencontrer.

Résultats obtenus eu égard aux objectifs fixés pour l'année financière
Les membres du comité de vérification estiment que les objectifs pour l'année 2014-2015 ont été atteints. Malgré les difficultés financières liées à l'optimisation, l'établissement sera en mesure d'assumer son déficit d'opération à même le solde de fonds excédentaire

Perspectives ou priorités d'action pour la prochaine année financière
Le comité de vérification est dissout en date du 31 mars 2015. Les responsabilités devront être identifiées au niveau du nouveau comité de vérification du CISSSS.

Recommandations
Revoir et établir les nouvelles façons de faire avec la venue du nouveau CISSS.

Conclusion
Le comité de vérification a pu compter sur des membres expérimentés ayant une bonne connaissance du CSSS. Leurs questionnements et leur vigilance ont permis d'améliorer la gestion financière de l'organisation. L'année 2014-2015 a été chargée en mandats de toute sorte et la venue des nouvelles règles de gouvernance devrait changer fondamentalement la façon de fonctionner.

Nous tenons à remercier nos membres qui ont poursuivi leur mandat jusqu'à la toute fin des activités malgré le fait que le comité sera dissout le 31 mars prochain. Cette façon de faire démontre le professionnalisme et le dévouement de nos membres.

Merci!

Christine Desrosiers
Présidente du comité de vérification

8. Rapport de direction

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup ont été complétés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les Normes comptables canadiennes pour le secteur public ainsi que les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'Article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère nécessaire. Celui-ci fournit l'assurance raisonnable que les biens sont protégés, que les opérations sont comptabilisées adéquatement et au moment opportun, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables.

La direction du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration surveille la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les états financiers ont été audités par la firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton dûment mandatée pour se faire, conformément aux normes d'audit généralement reconnues aux Canada. Son rapport expose la nature et l'étendue de cet audit ainsi que l'expression de son opinion. La firme Raymond, Chabot, Grant, Thornton peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Isabelle Malo
Présidente-directrice générale

Caroline Morin
Directrice des ressources financières

9. États financiers

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.
330, boul. de l'Hôtel-de-Ville
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 5C5

Téléphone : 418 862-6296
Télécopieur : 418 862-2570
www.rcgt.com

À la présidente-directrice générale du
Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2015 et les états des résultats, des surplus cumulés, de la variation de la dette nette et des flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2015. Nous avons exprimé une opinion sur ces états financiers dans notre rapport daté du 12 juin 2015 (voir ci-dessous). Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers.

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait donc se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2015 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 de la circulaire relative au rapport annuel de gestion (codifiée 03.01.61.19) publiée par le MSSS.

Notre opinion indique que les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup au 31 mars 2015 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Raymond Bolduc Stein Thouin, S.E.N.C.R.L.[1]

Rivière-du-Loup
Le 17 juin 2015

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A109940

Résultats - Fonds d'exploitation et fonds d'immobilisations pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

	EXPLOITATION	IMMO	TOTAL	EXERCICE PRÉCÉDENT
REVENUS	**103 193 441 $**	**4 645 504 $**	**107 791 087 $**	**107 058 670 $**
CHARGES				
Masse salariale travaillée	49 331 037 $	- $	49 331 037 $	47 777 301 $
Avantages sociaux généraux	9 879 604 $	- $	9 879 604 $	9 508 286 $
Avantages sociaux particuliers	5 062 384 $	- $	5 062 384 $	3 840 217 $
Charges sociales	8 346 054 $	- $	8 346 054 $	8 043 550 $
Autres dépenses directes incluant les charges non réparties	31 589 325 $	187 927 $	31 777 252 $	31 957 758 $
Frais financiers	- $	1 226 017 $	1 226 017 $	1 156 096 $
Amortissement des immobilisations	- $	3 224 815 $	3 224 815 $	3 143 595 $
TOTAL DES CHARGES	**104 208 404 $**	**4 638 759 $**	**109 847 163 $**	**105 426 783 $**
Surplus (déficit) - Activités principales	(1 062 963) $	6 807 $	(1 056 156) $	1 631 887 $
ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
Revenus	1 411 267 $	- $	1 411 267 $	1 406 341 $
Charges	1 056 361 $	- $	1 056 361 $	1 014 591 $
TOTAL DES ACTIVITÉS ACCESSOIRES	**354 906 $**	**- $**	**354 906 $**	**391 750 $**
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	**(708 057) $**	**6 807 $**	**(701 250) $**	**2 023 637 $**
Transferts interfonds	(267 053) $	267 053 $	- $	- $
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE APRÈS TRANSFERTS	**(975 110) $**	**273 860 $**	**(701 250) $**	**2 023 637 $**

État des surplus (déficits) cumulés
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

	EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS	987 127 $	3 581 662 $	4 568 789 $
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures	- $	(1 462 811) $	(1 462 811) $
Surplus (déficit) de l'exercice après transferts	(975 110) $	273 860 $	(701 250) $
			- $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	**12 017 $**	**2 392 711 $**	**2 404 728 $**

État de la situation financière
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

	EXPLOITATION	IMMO	TOTAL	EXERCICE PRÉCÉDENT
ACTIF				
Encaisse	4 410 981 $	27 420 $	4 438 401 $	3 040 403 $
Placements temporaires	1 602 622 $	- $	1 602 622 $	2 060 318 $
Débiteurs - Agence et MSSS	2 556 814 $	333 196 $	2 890 010 $	4 436 892 $
Autres débiteurs	1 420 029 $	52 275 $	1 472 304 $	1 569 365 $
Créances interfonds (dettes interfonds)	(1 219 370) $	1 219 370 $	- $	- $
Subventions à recevoir (perçues d'avance) réforme comptable	8 014 674 $	3 699 021 $	11 713 695 $	10 533 201 $
Autres éléments	406 997 $	177 348 $	584 345 $	349 151 $
TOTAL DE L'ACTIF	**18 692 946 $**	**5 508 631 $**	**24 201 577 $**	**22 992 340 $**
PASSIF				
Emprunts temporaires	- $	5 337 084 $	5 337 084 $	812 276 $
Autres créditeurs et autres charges à payer	9 484 574 $	1 620 051 $	11 104 625 $	10 187 972 $
Avances de fonds en provenance de l'Agence enveloppes décentralisées	- $	4 041 989 $	4 041 989 $	5 303 334 $
Intérêts courus à payer	- $	333 196 $	333 196 $	305 243 $
Revenus reportés	1 963 039 $	4 196 043 $	6 161 082 $	4 770 497 $
Passif au titre des avantages sociaux futurs	9 067 103 $	- $	9 067 103 $	8 800 513 $
Dettes à long terme	- $	35 491 232 $	35 491 232 $	33 744 514 $
Autres éléments	240 296 $	- $	240 296 $	24 770 $
TOTAL DU PASSIF	**20 756 012 $**	**51 021 605 $**	**72 376 617 $**	**61 958 119 $**
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(2 063 066) $	(46 112 974) $	(48 175 040) $	(38 965 779) $
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	- $	48 505 685 $	48 505 685 $	41 737 831 $
Stocks de fournitures	1 905 241 $	- $	1 905 241 $	3 515 150 $
Frais payés d'avance	568 842 $	- $	568 842 $	281 578 $
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	**2 074 083 $**	**48 505 685 $**	**50 579 768 $**	**45 534 559 $**
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS	**12 017 $**	**2 392 711 $**	**2 404 728 $**	**6 568 780 $**

État des flux de trésorerie
pour l'exercice terminé le 31 mars 2015

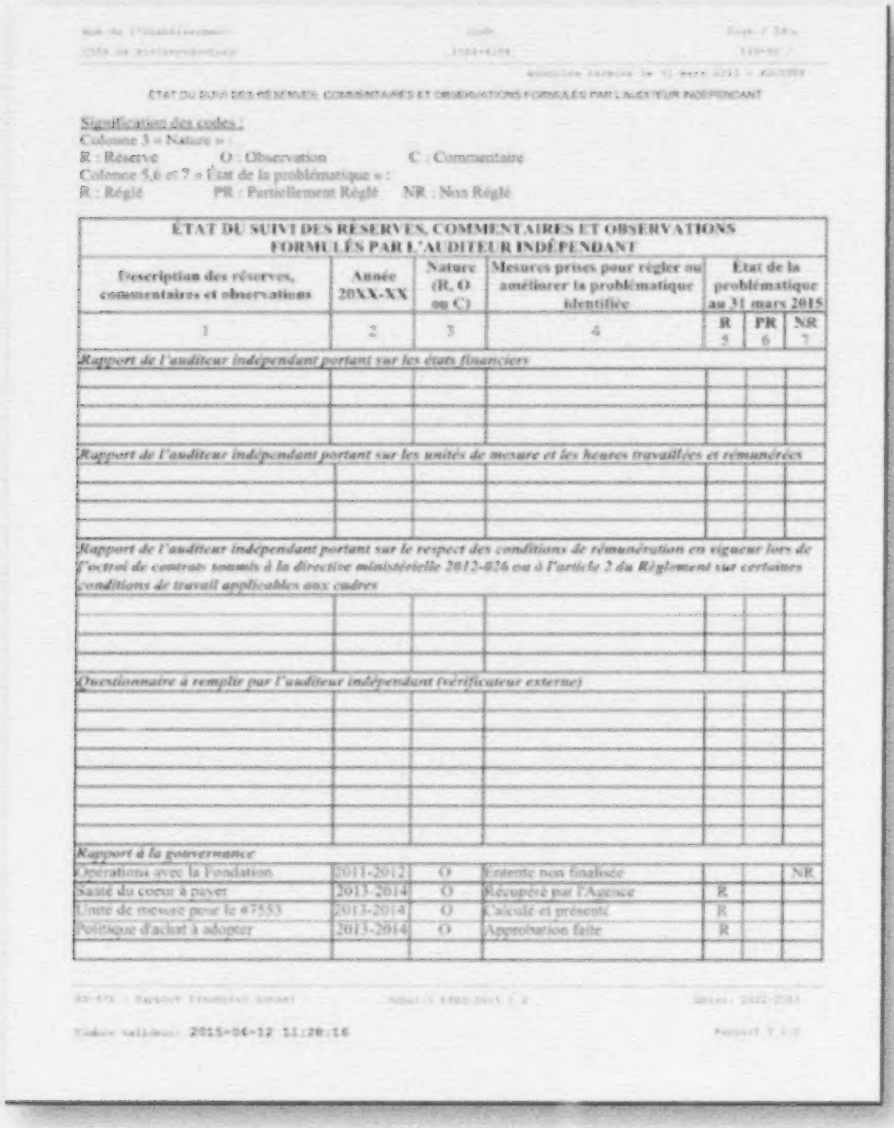
	EXERCICE COURANT	EXERCICE PRÉCÉDENT
Flux de trésorerie provenant des activités de fonctionnement	3 158 445 $	7 150 084 $
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement en immobilisation	(9 992 669) $	(8 389 697) $
Flux de trésorerie provenant des activités d'investissement	(42 304) $	(44 444) $
Flux de trésorerie provenant des activités de financement	8 271 526 $	(250 916) $
Diminution de la trésorerie et des équivalents	1 394 998 $	(1 534 973) $
Trésorerie et équivalent de trésorerie au début	3 043 403 $	4 578 376 $
Trésorerie et équivalent de trésorerie à la fin	4 438 401 $	3 043 403 $
Trésorerie et équivalent de trésorerie à la fin comprenant l'encaisse	4 438 401 $	3 043 403 $

10. Loi 100 et optimisation

	Cible	Résultat
Loi 100		
2010-2011	320 096 $	320 096 $
2011-2012	145 335 $	145 335 $
2012-2013	160 471 $	160 471 $
2013-2014	73 032 $	73 032 $
total	698 934 $	698 934 $

	Cible	Résultat
Optimisation		
2010-2011		
2011-2012	379 970 $	442 470 $
2012-2013	806 736 $	806 736 $
2013-2014	1 168 297 $	1 168 297 $
total	2 417 503 $	2 417 503 $

11. États du suivi des réserves, commentaires et observations émis par l'auditeur indépendant



ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT

Signification des codes :
Colonne 3 « Nature » :
R : Réserve O : Observation C : Commentaire
Colonne 5,6 et 7 « État de la problématique » :
R : Réglé PR : Partiellement Réglé NR : Non Réglé

ÉTAT DU SUIVI DES RÉSERVES, COMMENTAIRES ET OBSERVATIONS FORMULÉS PAR L'AUDITEUR INDÉPENDANT						
Description des réserves, commentaires et observations	**Année 20XX-XX**	**Nature (R, O ou C)**	**Mesures prises pour régler ou améliorer la problématique identifiée**	**État de la problématique au 31 mars 2015**		
1	2	3	4	**R** 5	**PR** 6	**NR** 7
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les états financiers						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur les unités de mesure et les heures travaillées et rémunérées						
Rapport de l'auditeur indépendant portant sur le respect des conditions de rémunération en vigueur lors de l'octroi de contrats soumis à la directive ministérielle 2012-026 ou à l'article 2 du Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres						
Questionnaire à remplir par l'auditeur indépendant (vérificateur externe)						
Rapport à la gouvernance						
Opérations avec la Fondation	2011-2012	O	Entente non finalisée			NR
Santé du coeur à payer	2013-2014	O	Récupéré par l'Agence	R		
Unité de mesure pour le #7553	2013-2014	O	Calculé et présenté	R		
Politique d'achat à adopter	2013-2014	O	Approbation faite	R		

Validé le : 2015-06-12 11:20:16

12. La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup

C'est avec beaucoup de fierté que la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup vous présente ses réalisations de la dernière année, des actions qui s'inscrivent dans la poursuite de sa mission auprès du CSSS de Rivière-du-Loup.

Nous retiendrons de cette année le concert-bénéfice « Les yeux à l'écoute de la musique » présenté en collaboration avec le Club Lions. Les prestations de l'Orchestre symphonique de l'Estuaire, du Dr Réjean Grenier et de Caroline Beaudoin auront permis de récolter plus de 60 000 $ pour l'achat d'un nouvel appareil ophtalmologique. Parmi nos autres réalisations, notons l'achat d'équipements adaptés pour nos centres d'hébergement grâce à notre campagne annuelle qui a permis d'amasser plus de 73 000 $. De plus, des suites de notre activité-bénéfice « Golf en santé – Hôtel Universel », nous avons également consacré une somme de 53 000 $ pour l'achat de moniteurs et de civières à l'usage de l'urgence.

En partenariat avec l'Association du cancer de l'Est du Québec, nous avons réalisé un projet d'investissement de plus de 40 000 $ au service d'hémato-oncologie du CHRGP. Grâce aux autres partenariats et activités-bénéfice, la Fondation a pu financer une table de réanimation néonatale, un appareil de photothérapie, ainsi que des équipements spécialisés en gynécologie et en pédiatrie. Finalement, la Fondation a de nouveau procédé à l'acquisition de « Petits équipements utiles au quotidien » pour une valeur de plus de 55 000 $.

C'est également en 2014 que les installations de l'Hôtellerie Marc-Bélanger ont fait l'objet de travaux de rénovation, un objectif réalisé grâce à la générosité des gens lors de la Campagne de Noël 2013. Enfin, l'Ordre des bâtisseurs émérites de la Fondation a accueilli un nouveau membre en la personne de Mme Suzanne Dumont-Marquis, qui a assuré la présidence de notre organisme de 1995 à 2001.

Avec l'année qui s'achève, c'est plus de 6 millions qui auront été investis dans le développement du CSSS de Rivière-du-Loup. La concrétisation de notre mission et le succès de nos activités sont le fruit du travail acharné de notre équipe de bénévoles et de tous les donateurs qui croient, tout comme nous, en l'importance d'offrir des soins de qualité dans notre région et en l'amélioration des services et des soins offerts à la population de notre région.

Johanne Lizotte
Directrice générale

Dr François Gagnon, XXX, Mme Christine Desrosiers et Me Dave Boulianne

Dr Réjean Grenier, Mme Caroline Beaudoin, le chef d'orchestre, Mme Johanne Lizotte, présidente de la Fondation et M.

Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

PRÉAMBULE

Compte tenu de leur rôle de mandataires, la Loi sur le ministère du conseil exécutif édicte l'obligation, pour les membres des conseils d'administration des établissements de santé et de service sociaux, de se doter d'un code d'éthique et de déontologie qui leur est applicable (L.R.Q., chapitre M-30, article 3.04, paragraphe 5). Ces dispositions s'ajoutent à celles prévues à la Loi sur les services de santé et de services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2), désignée ci-après LSSSS. Le présent code d'éthique et de déontologie des administrateurs du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, désigné ci-après CSSS de Rivière-du-Loup, s'inscrit dans le cadre de la mission de l'établissement. De plus, le conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup met l'emphase sur une reddition de comptes transparente, tant auprès des différents paliers de gouvernance qu'auprès de la population. En outre, le CSSS de Rivière-du-Loup est guidé par sa vision : un établissement en constante recherche d'amélioration de la qualité, assurant l'accessibilité et la continuité de services de santé et de services sociaux répondant aux besoins de la population desservie, ainsi que par ses valeurs : la primauté de la personne, le respect, la solidarité, la compétence et l'innovation. Ces valeurs et cette vision sont énoncées dans le plan stratégique pluriannuel du CSSS de Rivière-du-Loup. Également, le CSSS de Rivière-du-Loup se soucie d'être un partenaire de premier plan dans la gestion et l'amélioration du système de santé et de services sociaux.

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Préambule

Le préambule et les annexes font partie intégrante du présent code.

1.2 Objectifs généraux et champ d'application

Le présent code a pour objectifs de préserver et de renforcer le lien de confiance de la population dans l'intégrité et l'impartialité des membres du conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup, de favoriser la transparence au sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes sein de ce dernier et de responsabiliser ses administrateurs en édictant les principes d'éthique et les règles de déontologie qui leur sont applicables. Ce code a pour prémisse d'énoncer les obligations et devoirs généraux de chaque administrateur. Par contre, ce code ne vise pas à remplacer les lois et les règlements en vigueur, ni à établir une liste exhaustive des normes à respecter et des comportements attendus des membres du conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup. En effet, ce code :

a) Traite des mesures de prévention, notamment des règles relatives à la déclaration des intérêts;
b) Traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts
c) Régit ou interdit des pratiques reliées à la rémunération des administrateurs
d) Traite des devoirs et obligations des administrateurs même après qu'ils ont cessé d'exercer leurs fonctions
e) Prévoit des mécanismes d'application du code dont la désignation des personnes chargées de son application et la possibilité de sanctions.

Le présent code s'applique à tout administrateur du CSSS de Rivière-du-Loup. Tout administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par le présent code ainsi que par la loi. En cas de divergence, les règles les plus exigeantes s'appliquent.

1.3 Fondement

Le présent code repose notamment sur les dispositions suivantes :

- Articles 6, 7, 321 à 330 du Code civil du Québec, L.R.Q., c.C- 1991;
- Articles 100, 129, 131, 132.3, 154, 155, 172, 172.1, 181, 181.0.0.1, 197, 198, 199, 200, 201, 235, et 274 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c.-S-4.2;
- Articles 3.0.4, 3.0.5 et 3.0.6 de la Loi sur le ministère du conseil exécutif, L.R.Q., c. M-30.

2. DÉFINITIONS

À moins d'une disposition expresse au contraire ou à moins que le contexte ne le veuille autrement dans le présent code, les termes suivants signifient :

a) Administrateur : un membre du conseil d'administration de l'établissement qu'il soit élu, nommé, désigné ou coopté;
b) Code : le code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de l'établissement élaboré par le comité de gouvernance et d'éthique et adopté par le conseil d'administration;
c) Comité de discipline : le comité de discipline institué par le conseil d'administration pour traiter une situation de manquement ou d'omission dont il a été saisi;
d) Comité de gouvernance et d'éthique : le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement ayant pour fonctions notamment d'assurer l'application et le respect du présent code ainsi que sa révision, au besoin;
e) Conflits d'intérêts : désigne notamment, sans limiter la portée générale de cette expression, toute situation apparente, réelle ou potentielle, dans laquelle un administrateur peut risquer de compromettre l'exécution objective de ses fonctions, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence d'un intérêt direct ou indirect. Les situations de conflit d'intérêts peuvent avoir trait à l'argent, à l'information, à l'influence ou au pouvoir;

f) Conjoint : une personne liée par un mariage ou une union civile ou un conjoint de fait au sens de l'article 61.1 de la Loi d'interprétation, L.R.Q., c.I-16;
g) Conseil d'administration : désigne le conseil d'administration de l'établissement.
h) Entreprise : toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel, financier, philanthropique et tout regroupement visant à promouvoir des valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement;
i) Établissement : désigne le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rivière-du-Loup;
j) Famille immédiate : aux fins de l'article 131 (notion de personne indépendante) de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4-2, est un membre de la famille immédiate d'un directeur général, d'un directeur général adjoint ou d'un cadre supérieur de l'établissement son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère ou de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint;
k) Faute grave : résulte d'un fait ou d'un ensemble de faits imputables à l'administrateur et qui constituent une violation grave de ses obligations et de ses devoirs ayant pour incidence une rupture du lien de confiance avec les membres du conseil d'administration de l'établissement;
l) Intérêt : désigne tout intérêt de nature matérielle, financière, professionnelle ou philanthropique;
m) Loi : toute loi applicable dans le cadre du présent code, incluant les règlements pertinents;
n) Personne indépendante : tel que prévu à l'article 313 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., S-4.2., une personne se qualifie comme indépendante si elle n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, notamment de la nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'établissement;
o) Proche : membre de la famille immédiate de l'administrateur étant son conjoint, son enfant et l'enfant de son conjoint, sa mère et son père, le conjoint de sa mère de son père ainsi que le conjoint de son enfant ou de l'enfant de son conjoint. Désigne aussi son frère ou sa sœur, incluant leur conjoint respectif;
p) Renseignements confidentiels : une donnée ou une information dont l'accès et l'utilisation sont réservés à des personnes ou entités désignées et autorisées. Ces renseignements comprennent tout renseignement personnel, stratégique, financier, commercial ou scientifique détenu par l'établissement, ce qui inclut tout renseignement dont la divulgation peut porter préjudice à un usager, à une personne en fonctions dans l'établissement ou à l'établissement lui-même.
Toute information de nature stratégique ou autre, qui n'est pas connue du public et qui, si elle était connue d'une personne qui n'est pas un membre du conseil d'administration de l'établissement, serait susceptible de lui procurer un avantage quelconque ou de compromettre la réalisation d'un projet auquel l'établissement participe.

3. PRINCIPES D'ÉTHIQUE

a) L'administrateur agit dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés, avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, avec honnêteté et loyauté dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie. L'administrateur remplit ses devoirs et obligations générales selon les exigences de la bonne foi.
b) L'administrateur doit témoigner d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit de toute personne de recevoir des services de santé et des services sociaux.
c) L'administrateur contribue, dans l'exercice de ses fonctions, à la réalisation de la mission, au respect des valeurs et de la vision de l'établissement en mettant à profit ses aptitudes, ses connaissances, son expérience et sa rigueur.
d) L'administrateur est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne.
e) L'administrateur souscrit aux principes de pertinence de continuité, d'accessibilité, de qualité, de sécurité et d'efficacité des services dispensés, principes préconisés en vertu de la LSSSS.
f) L'administrateur exerce ses responsabilités dans le respect des orientations locales, régionales et nationales en tenant compte des ressources humaines, matérielles, informationnelles, technologiques et financières de l'établissement.
g) L'administrateur participe activement et dans un esprit de concertation à l'élaboration et à la mise en œuvre des orientations générales de l'établissement.
h) L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie qui sont prévues au présent code.

4. RÈGLES DE DÉONTOLOGIE

4.1 Disponibilité et participation active

L'administrateur se rend disponible pour remplir ses fonctions en étant régulièrement présent aux séances du conseil d'administration, en prenant connaissance des dossiers et en prenant une part active aux décisions du conseil d'administration. Il favorise l'esprit de collaboration au sein du conseil d'administration et contribue à ses délibérations.

4.2 Respect

a) L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions, est tenu de respecter les dispositions des lois, règlements, normes, politiques et procédures applicables. Il est notamment tenu de respecter les devoirs et obligations générales de ses fonctions selon les exigences de la bonne foi.

b) L'administrateur agit de manière courtoise et entretient à l'égard de toute personne des relations fondées sur le respect, la coopération et le professionnalisme.

c) L'administrateur doit respecter les règles qui régissent le déroulement des séances du conseil d'administration, particulièrement celles relatives à la répartition du droit de parole et à la prise de décision. Il s'engage à respecter la diversité des points de vue en la considérant comme nécessaire à une prise de décision éclairée du conseil d'administration. Il respecte toute décision du conseil d'administration, malgré sa dissidence.

4.3 Soin et compétence

a) L'administrateur doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés avec soin et compétence, comme le ferait en pareilles circonstances une personne raisonnable, et dans l'intérêt de l'établissement.

4.4 Neutralité

a) L'administrateur se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement à son vote ou à quelque décision que ce soit.

b) L'administrateur doit placer les intérêts de l'établissement avant tout intérêt personnel ou professionnel.

4.5 Transparence

a) L'administration exerce ses responsabilités avec transparence, notamment en appuyant ses recommandations sur des informations objectives et suffisantes.

b) L'administrateur partage avec les membres du conseil d'administration toute information utile ou pertinente aux prises de décisions du conseil d'administration.

4.6 Discrétion et confidentialité

a) L'administrateur fait preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice ou l'occasion de l'exercice de ses fonctions. De plus, il doit faire preuve de prudence et de retenue pour toute information dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée d'une personne ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

b) L'administrateur préserve la confidentialité des délibérations du conseil d'administration, des positions défendues, des votes des membres ainsi que toute autre information qui exige le respect de la confidentialité, tant en vertu d'une loi que selon une décision de l'établissement.

c) L'administrateur s'abstient d'utiliser des informations confidentielles obtenues dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions à son avantage personnel, à celui d'autres personnes physiques ou morales ou à celui d'un groupe d'intérêts.

4.7 Charge publique

a) L'administrateur informe le conseil d'administration de son intention de présenter sa candidature à une charge publique élective.

b) L'administrateur doit démissionner immédiatement de ses fonctions d'administrateur lorsqu'il est élu à une charge publique à temps plein. De plus, il doit démissionner de ses fonctions d'administrateur s'il est élu à une charge publique dont l'exercice est à temps partiel et que cette charge et susceptible de le placer en situation de conflit d'intérêts.

4.8 Biens et services de l'établissement

a) L'administrateur utilise les biens, les ressources et les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation déterminées par le conseil d'administration. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens. Il ne peut les utiliser à son profit ou au profit d'un tiers, à moins qu'il ne soit dûment autorisé à la faire par le conseil d'administration. Il en va de même des ressources et des services mis à sa disposition par l'établissement.

b) L'administrateur ne reçoit aucun traitement pour l'exercice de ses fonctions. Il a cependant droit au remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure que détermine le gouvernement.

4.9 Avantages et cadeaux

a) L'administrateur ne doit pas solliciter, accepter ou exiger, dans son intérêt ou celui d'un tiers, ni verser ou s'engager à verser à un tiers, directement ou indirectement, un cadeau, une marque d'hospitalité ou tout avantage ou considération lorsqu'il est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

b) L'administrateur qui reçoit un avantage contraire au présent code est redevable envers l'établissement de la valeur de l'avantage reçu.

4.10 Interventions inappropriées

a) L'administrateur s'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

b) L'administration s'abstient de manœuvrer pour favoriser des proches ou toute autre personne physique ou morale.

4.11 Relations publiques

a) Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par la loi.

b) S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.
c) Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

5. ADMINISTRATEURS INDÉPENDANTS

L'administrateur élu, nommé ou coopté, à titre d'administrateur indépendant, doit dénoncer par écrit au conseil d'administration, dans les plus brefs délais, toute situation susceptible d'affecter son statut. L'administrateur doit transmettre au conseil d'administration le formulaire de l'annexe II du présent code, au plus tard dans les vingt (20) jours suivant la présence d'une telle situation.

6. CONFLITS D'INTÉRÊTS

a) L'administrateur ne peut exercer ses fonctions dans son propre intérêt ni dans celui d'un tiers. Il doit prévenir tout conflit d'intérêts ou toute apparence de conflits d'intérêts et éviter de se placer dans une situation qui le rendrait inapte à exercer ses fonctions. Il est notamment en conflit d'intérêts lorsque les intérêts en présence sont tels qu'il peut être porté à préférer certains d'entre eux au détriment de l'établissement ou y trouver un avantage direct ou indirect, actuel ou éventuel, personnel ou en faveur d'un tiers.
b) Dans un délai raisonnable après son entrée en fonction, un administrateur doit organiser ses affaires personnelles de manière à ce qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions en évitant des intérêts incompatibles. Il doit prendre, le cas échéant, toute mesure nécessaire pour se conformer aux dispositions du présent code.
c) L'administrateur doit s'abstenir de participer aux délibérations et décisions lorsqu'une atteinte à son objectivité, à son jugement ou à son indépendance pourrait résulter notamment de relations personnelles, familiales, sociales, professionnelles ou d'affaires. De plus, les situations suivantes peuvent, notamment, constituer des conflits d'intérêts :

1) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans une délibération du conseil d'administration;
2) Avoir directement ou indirectement un intérêt dans un contrat ou un projet de l'établissement;
3) Obtenir ou être sur le point d'obtenir un avantage personnel qui résulte d'une décision du conseil d'administration;
4) Avoir une réclamation litigieuse auprès de l'établissement;
5) Se laisser influencer par des considérations extérieures telles que la possibilité d'une nomination ou des perspectives ou offres d'emploi.

d) L'administrateur doit déposer et déclarer par écrit au conseil d'administration les intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises qui ont conclu des contrats de service ou sont susceptibles d'en conclure avec l'établissement en remplissant le formulaire de l'annexe III du présent code.
e) L'administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une personne morale ou auprès d'une personne physique qui met en conflit son intérêt personnel, celui du conseil d'administration ou de l'établissement qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil d'administration en remplissant le formulaire de l'annexe IV du présent code. De plus, s'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou à toute décision lorsque cette question d'intérêt est débattue.
f) Le fait pour un administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si cet administrateur ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).
g) L'administrateur qui est en situation de conflit d'intérêts réel, potentiel ou apparent à l'égard d'une question soumise lors d'une séance du conseil d'administration doit sur-le-champ déclarer cette situation au conseil d'administration. Cette déclaration doit être consignée au procès-verbal. L'administrateur doit se retirer lors des délibérations et de la prise de décision sur cette question.
h) Toute personne, lorsqu'elle a un motif sérieux de croire qu'un administrateur est en situation de conflits d'intérêts et ce, même de façon ponctuelle ou temporaire, doit signaler cette situation, sans délai, au président du conseil d'administration, ou si ce dernier est concerné, au directeur général. Pour signaler cette situation, cette personne doit remplir le formulaire de l'annexe V du présent code. Le président du conseil d'administration ou, le cas échéant, le directeur général, transmet ce formulaire au comité de gouvernance et d'éthique. Le comité de gouvernance et d'éthique peut recommander l'application de mesures préventives ou la tenue d'une enquête par le comité de discipline. Le comité de gouvernance et d'éthique remet son rapport écrit et motivé au conseil d'administration, au plus tard dans les 30 jours de la réception du signalement.
i) La donation ou le legs fait à l'administrateur qui n'est ni le conjoint ni un proche du donateur ou du testateur, est nulle, dans le cas de la donation ou, sans effet, dans le cas du legs, si cet acte est posé au temps où le donateur ou le testateur y est soigné ou y reçoit des services.

7. FIN DU MANDAT

a) Malgré l'expiration de son mandat, l'administrateur doit demeurer en fonction jusqu'à ce qu'il soit remplacé ou élu, désigné, nommé ou coopté de nouveau, tout en maintenant la même qualité d'implication et de professionnalisme.

b) L'administrateur doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion dont il a eu connaissance dans l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions au sein du conseil d'administration.
c) L'administrateur qui a cessé d'exercer sa charge doit se comporter de manière à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.
d) À la fin de son mandat, l'administrateur ne doit pas agir, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, relativement à une procédure, à une négociation ou à toute autre situation de l'établissement pour laquelle il a participé et sur laquelle il détient des informations non disponibles au public.
e) L'administrateur s'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

8. APPLICATION DU CODE

8.1 Adhésion au code

a) Chaque administrateur s'engage à reconnaître et à s'acquitter de ses responsabilités et de ses fonctions au mieux de ses connaissances et à respecter le présent code ainsi que les lois applicables.
b) Dans les 60 jours de l'adoption du présent code par le conseil d'administration, chaque administrateur doit produire l'engagement de l'annexe 1 du présent code. Chaque nouvel administrateur doit aussi le faire dans les 60 jours suivant son entrée en fonction.
c) En cas de doute sur la portée ou sur l'application d'une disposition du présent code, il appartient à l'administrateur de consulter le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement.

8.2 Comité de gouvernance et d'éthique

a) En matière d'éthique et de déontologie, le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement a pour fonction de :

1) Élaborer un code d'éthique et de déontologie conformément à l'article 3.1.4 de la Loi sur le ministère du conseil exécutif (L.R.Q., c. M-30);
2) Diffuser et promouvoir le présent code auprès des membres du conseil d'administration;
3) Informer les administrateurs du contenu et des modalités d'application du présent code;
4) Conseiller les membres du conseil d'administrateur sur toute question relative à l'application du présent code;
5) Assurer le traitement des déclarations de conflits d'intérêts et fournir, aux administrateurs qui en font la demande, des avis sur ces déclarations;
6) Réviser, au besoin, le présent code et soumettre toute modification au conseil d'administration pour adoption;
7) Évaluer périodiquement l'application du présent code et faire des recommandations au conseil d'administration, le cas échéant.

8.3 Comité de discipline

a) Le conseil d'administration forme un comité de discipline composé de trois membres et d'un membre substitut nommés par et parmi les administrateurs de l'établissement. Le comité est formé d'une majorité de membres indépendants et il est présidé par un membre indépendant. Ce comité est constitué au besoin lors du dépôt d'une plainte.
b) De plus, le comité de discipline peut avoir recours à une ressource externe à l'établissement. Une personne cesse de faire partie du comité de discipline dès qu'elle perd la qualité d'administrateur.
c) Un membre du comité de discipline ne peut siéger lorsqu'il est impliqué dans une situation soumise à l'attention du comité.
d) Le comité de discipline a pour fonctions de :

1) Faire enquête lorsqu'il est saisi d'une situation de manquement ou d'omission, concernant un administrateur, aux règles d'éthique et de déontologie prévues par le présent code;
2) Déterminer, suite à une telle enquête, si un administrateur a contrevenu ou non au présent code;
3) Faire des recommandations au conseil d'administration sur la mesure qui devrait être imposée à un administrateur fautif.

8.4 Processus disciplinaire

a) Tout manquement ou omission concernant un devoir ou une obligation prévu dans le présent code constitue un acte dérogatoire et peut entraîner une mesure, le cas échéant.
b) Le comité de gouvernance et d'éthique saisit le comité de discipline, lorsqu'une personne a un motif sérieux de croire qu'un administrateur a pu contrevenir au présent code, en transmettant le formulaire de l'annexe V du présent code rempli par cette personne.
c) Le comité de discipline détermine, après analyse, s'il y a matière à enquête. Dans l'affirmative, il notifie à l'administrateur les manquements reprochés et la référence aux dispositions du présent code. La notification informe l'administrateur qu'il peut, dans un délai de 30 jours de l'avis, fournir ses observations par écrit au comité de discipline et, sur demande, être entendu par celui-ci relativement au manquement reproché. L'administrateur concerné doit, en tout temps, répondre avec diligence à toute communication ou demande du comité de discipline.
d) L'administrateur qui est informé qu'une enquête est tenue à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne qui a demandé la tenue de l'enquête.

e) Le comité de discipline peut désigner des personnes chargées de faire enquête relativement à la situation ou aux allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie. L'enquête doit être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation. Les personnes chargées de faire l'enquête sont tenues de remplir le formulaire d'affirmation solennelle de discrétion de l'annexe VI du présent code.

f) Tout membre du comité de discipline qui enquête doit le faire dans un souci de confidentialité, de discrétion, d'objectivité et d'impartialité. Il doit être indépendant d'esprit et agir avec rigueur et prudence.

g) Le comité de discipline doit respecter les règles de justice naturelle en offrant à l'administrateur concerné une occasion raisonnable de connaître la nature du reproche, de prendre connaissance des documents faisant partie du dossier du comité de discipline, de préparer et de faire ses représentations écrites ou verbales. Si, à sa demande, l'administrateur est entendu par le comité de discipline, il peut être accompagné d'une personne de son choix.

h) Ne peuvent être poursuivies en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes et les autorités qui sont chargées de faire enquête relativement à des situations ou à des allégations de comportements susceptibles d'être dérogatoires à l'éthique ou à la déontologie, ainsi que celles chargées de déterminer ou d'imposer les sanctions appropriées.

i) Le comité de discipline transmet son rapport au conseil d'administration, au plus tard dans les 45 jours suivant la réception des allégations ou du début de son enquête. Ce rapport est confidentiel et doit comprendre :

1) Un état des faits reprochés;

2) Un résumé des témoignages et des documents consultés incluant le point de vue de l'administrateur visé;

3) Une conclusion motivée sur le bien-fondé ou non de l'allégation de non-respect du présent code;

4) Une recommandation motivée sur la mesure à imposer, le cas échéant.

j) En application de l'article 8.4.9 d) du présente code, le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la mesure à imposer à l'administrateur concerné. Avant de décider de l'application d'une mesure, le conseil d'administration doit l'aviser et lui offrir de se faire entendre. Ce dernier peut être accompagné d'une personne de son choix. Toutefois, ceux-ci ne peuvent pas participer aux délibérations ni à la décision du conseil d'administration.

k) Le conseil d'administration peut relever provisoirement de ses fonctions l'administrateur à qui l'on reproche un manquement à l'éthique ou à la déontologie, afin de permettre la prise d'une décision appropriée dans le cas d'une situation urgente nécessitant une intervention rapide ou dans un cas présumé de faute grave. S'il s'agit du directeur général, le conseil d'administration doit s'assurer du respect des dispositions du règlement sur certaines conditions de travail applicables aux hors-cadres des agences et des établissements publics de santé et de services sociaux (R.R.Q., c. S-4-2, r.5.2).

l) Toute mesure prise par le conseil d'administration doit être communiquée à l'administrateur concerné. Toute mesure imposée à l'administrateur, de même que la décision de le relever de ses fonctions, doivent être écrites et motivées.

m) Cette mesure peut être un rappel à l'ordre, une réprimande, une suspension d'une durée maximale de trois mois, une révocation de son mandat, selon la nature et la gravité de la dérogation.

n) Le secrétaire du conseil d'administration conserve tout dossier relatif à la mise en œuvre du présent code, de manière confidentielle, pendant toute la durée fixée par le calendrier de conservation adopté par l'établissement, conformément aux dispositions de la Loi sur les archives (L.R.Q., c.A-21.1)

9. DIFFUSION DU CODE

a) L'établissement doit rendre le présent code accessible au public et le publier dans son rapport annuel.

b) Le rapport annuel de gestion de l'établissement doit faire état du nombre de ces traités et de leur suivi, des manquements constatés au cours de l'année par le comité de discipline, des décisions prises et des mesures imposées par le conseil d'administration ainsi que du nom des administrateurs suspendus au cours de l'année ou dont le mandat a été révoqué.

10. DISPOSITIONS FINALES

10.1 Entrée en vigueur

Le présent code entre en vigueur le jour de son adoption par le conseil d'administration de l'établissement.

10.2 Révision

Le présent code doit faire l'objet d'une révision par le comité de gouvernance et d'éthique de l'établissement tous les quatre ans ou lorsque des modifications législatives ou réglementaires le requièrent.

Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Primauté de la personne, respect, solidarité, compétence, innovation

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP

CENTRE ADMINISTRATIF
75, RUE ST-HENRI
RIVIÈRE-DU-LOUP (QUÉBEC) G5A 2A4
INFORMATION GÉNÉRALE : 418 868-1000